

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

No 516

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Amélie BUVAT-COTTIN

Ancienne Interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Née le 15 Mars 1898, à Paris

CONSIDÉRATIONS
CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SUR LES TOXICOMANIES

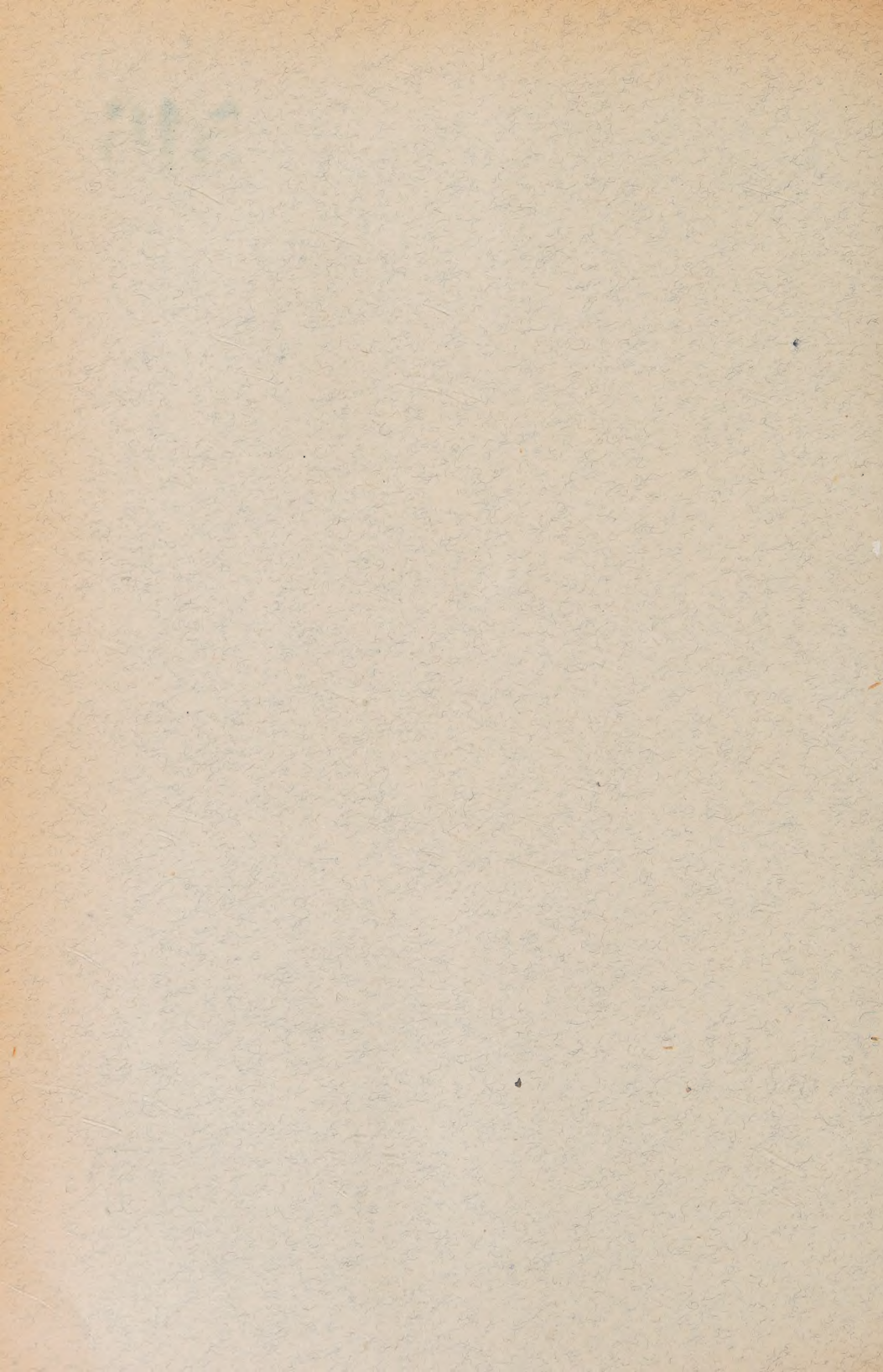
LEUR LIEN AVEC LES MALADIES MENTALES

Président : M. BAUDOUIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

No —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Amélie BUVAT-COTTIN

Ancienne Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Née le 15 Mars 1898, à Paris

CONSIDÉRATIONS
CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SUR LES TOXICOMANIES

LEUR LIEN AVEC LES MALADIES MENTALES

Président : M. BAUDOUIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimental
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

ABRAMI	}	Clinique médicale.
ALAJOUANINE ..		
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR - VALLÉRY - RADOT		
SÉZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale.
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT		
LE LORIER		
LÉVY-SOLAL		
METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture,
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

A LA VIVANTE MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE ET A MES SŒURS

A MON ONCLE LE DOCTEUR FRANÇOIS COTTIN

AU DOCTEUR ET A MADAME GEORGES VILLEY

A JEAN-FRANÇOIS BUVAT

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN

Professeur de pathologie générale à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Dont la bienveillante sollicitude, qui
n'a cessé de s'exercer envers nous depuis
notre passage dans son service, a voulu
couronner nos études médicales en
acceptant de présider la soutenance de
cette thèse.*

*Nous lui exprimons notre profonde
et respectueuse reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS † (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE DOCTEUR EDOUARD MICHON

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR EDOUARD MICHON

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE

Internat Provisoire

MONSIEUR LE DOCTEUR APERT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152020_0025

INTRODUCTION

Cette étude n'a pas la prétention de tracer un tableau complet des toxicomanies ; la symptomatologie de ces dernières est bien connue, et jusqu'à nouvel ordre on n'y pourra rien ajouter ; mais il nous paraît intéressant, tant du point de vue théorique que du point de vue pratique, d'en pousser l'examen dans une direction particulière, jusqu'à mettre en relief le lien qui les rattache : par là, nous entendons la psychonévrose sous-jacente à toute toxicomanie vraie.

En ce faisant, si nous nous élevons vers les idées générales, nous pénétrons aussi plus avant dans les détails de la pratique ; lorsque nous aurons établi que les toxicomanes sont, avant même que de le devenir, des malades mentaux, nous entrerons dans un domaine thérapeutique plus large en même temps que plus fécond ; et nous tâcherons de prouver, tout au long de ces pages, en nous appuyant sur un nombre d'observations volontairement limité mais facile à multiplier, que si le sevrage reste au premier plan de la cure, celle-ci vise plus loin. Sevrage en effet, dans la question qui nous occupe, n'est pas synonyme de guérison ; et cette dernière ne peut être obtenue qu'après traitement de l'état psychique cause de tout le mal.

Si cette notion, qui fait des toxicomanes des malades, et des malades relevant du spécialiste, n'est pas tout-à-fait courante dans le monde médical non spécialisé, elle est à peu près inconnue du public ; de là les obstacles quotidiennement rencontrés lorsqu'il s'agit de la faire accepter aux sujets impatients de reprendre leur liberté dès le « O toxique » obtenu,

sans parler de leur entourage encore plus difficile à convaincre. Cependant, hors la cure complète, point de salut.

De plus, l'idée générale que nous venons d'exprimer permet de ne plus « compartimenter » les toxicomanies. Longtemps en effet on a eu tendance à les diviser en groupes trop bien délimités : même dans les études d'ensemble, on séparait nettement les morphinomanes des alcooliques, ceux-ci des éthéromanes, etc... Cette séméiologie extrêmement poussée a eu l'inconvénient de masquer l'origine commune de ces troubles qui ont une si grosse importance tant du point de vue personnel que des points de vue familial et social.

Nous nous efforcerons donc, sans insister sur ce que la notion de terrain névropathique contient de séduisant pour l'esprit en permettant de ramasser des éléments divers en une vaste synthèse, nous nous efforcerons, disons-nous, en restant constamment dans la sphère des réalisations, de faire ressortir la place de premier plan que cette notion occupe dans le pronostic et dans la thérapeutique, qui constituent après tout la préoccupation majeure du médecin comme du malade.

Nous diviserons notre sujet de la façon suivante : après avoir tracé une esquisse historique, nous aborderons une étude clinique dans laquelle, sans nous perdre dans des détails descriptifs trop bien connus, nous tenterons de mettre en lumière certains signes particuliers, tout spécialement ceux qui permettent de reconnaître le fonds morbide. Un paragraphe sera consacré au diagnostic. Enfin, avant de tirer les conclusions, nous accorderons une place importante au traitement des toxicomanies ; dans ce but, nous appuierons sur les expériences auxquelles ont donné lieu l'application des méthodes, expériences qui ont abouti, semble-t-il, à des directives nettes, compte tenu des tempéraments. Ici comme partout, en effet, l'adaptation est nécessaire ; et le psychiatre, qui plus encore que les autres spécialistes — si c'est possible — a besoin d'un solide bon sens et d'une connaissance approfondie de la médecine générale,

ne perdra pas de vue qu'on lui demande de traiter, non pas des maladies, mais des malades.

Ce travail est donc, comme on le voit, un travail d'observation clinique ; nous rapportons les faits, nous les groupons en montrant le lien qui les unit, sans prétendre en découvrir les causes profondes. Actuellement, contrairement à ce qui se passe dans les autres branches de la médecine, où le laboratoire gagne du terrain, empiétant même parfois sur les acquisitions cliniques, celles-ci restent en pathologie mentale les seules bases solides de la psychiatrie ; la biologie du système nerveux et la pathogénie de ses maladies sont encore dans l'enfance ; les explorations récentes dans les domaines endocrinien et vago-sympathique (pour ne citer que celles-là) n'ont rien ramené de bien concluant, réserve faite pour certaines associations psycho-myxœdémateuses, où l'épreuve thérapeutique permet d'affirmer sans conclure. Souhaitons que l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques livrent dans un proche avenir certains de leurs secrets, qui seuls pourraient prétendre servir de fondement aux théories. Ainsi la neurologie se rapprochera plus encore de la psychiatrie, comme il a été récemment écrit : « en dénonçant à l'origine d'authentiques manifestations mentales le dérèglement ou la désorganisation matérielle des centres organo-végétatifs cérébraux » (1).

(1) M. J. LHERMITTE. — *L'évolution de la neurologie. Ses perspectives d'avenir*. Gazette des hôpitaux, 15 février 1936.

ÉTUDE HISTORIQUE

L'opium

Même si l'on ne veut pas remonter à l'âge de la pierre, ni tirer conclusion de la découverte de graines et de capsules de pavot dans les vestiges des habitations lacustres suisses, on doit cependant reconnaître que l'usage de l'opium se rattache à la haute antiquité.

Nous lisons dans Homère qu'à Sparte, avant le repas offert par Ménélas à Télémaque en quête de son père :
« Hélène, fille de Zeus, eut une autre pensée, et aussitôt elle
« versa dans le vin qu'ils buvaient un baume, le Népenthès,
« qui donne l'oubli des maux. Celui qui aurait bu ce mélange
« ne pourrait plus répandre de larmes de tout un jour, même
« si sa mère et son père étaient morts, même si on tuait de-
« vant lui par l'airain son frère ou son fils bien-aimé et s'il le
« voyait de ses yeux. Et la fille de Zeus possédait cette li-
« queur excellente que lui avait donnée Polydamna, femme de
« Thôs, en Aigéptiè, terre fertile qui produit beaucoup de
« baumes, les uns salutaires et les autres mortels. Là tous les
« médecins sont les plus habiles d'entre les hommes. »
(*Odyssee*, traduction Leconte de Lisle, *Rhapsodie* IV.)

Plusieurs indices permettent de situer en Egypte, dès ces temps lointains, la culture du pavot : la ville de Sykion en prit le nom, et devint : « Mekone ». D'autre part, nous trouvons un renseignement précis dans le papyrus d'Ebers, qui remonte probablement à la XVIII^e dynastie (1600 à 1800 ans av. J.-C.) et qui faisait partie de la fameuse bibliothèque

médicale du temple d'Imouthès à Memphis, souvent mise à contribution par les médecins grecs ; ce papyrus mentionne un remède « pour empêcher les enfants de crier trop fort », remède préparé notamment avec des graines non mûres ou avec des têtes de pavot. Cet usage barbare et dangereux ne serait pas complètement tombé en désuétude.

L'opium se répandit en Asie-Mineure, où son nom figure encore dans celui d'une ville (Afium-Kara-Hissar : Château noir de l'opium), et gagna progressivement d'autres régions. Au ^{ve}, au ^{iii^e} siècles avant J.-C., nous voyons Diagoras de Mélos et Erasistrate demander instamment qu'on en évite l'emploi. On le trouve indiqué dans les ouvrages des naturalistes Théophraste, Pline et Dioscoride ; aux ^{iii^e} et ^{i^{er}} siècles avant J.-C. ; Virgile le cite à plusieurs reprises : « Lethaeo perfusa papavera somno » (*Géorgiques*, L. I, 78). D'après le poète, le dragon du jardin des Hespérides ne lui résistait pas (*Enéide*, L. IV, 486). La tête du pavot faisait partie des mystères de Cérès, en souvenir de celle qui en usait « ad oblivionem doloris ». En fait, il devint le symbole mythologique du sommeil, ainsi qu'en témoignent d'innombrables textes et figures.

Au ^{ii^e} siècle de l'ère chrétienne Galien de Pergame, médecin de Marc-Aurèle, raconte que ce dernier prenait chaque jour une thériaque contenant du suc de pavot ; il en faisait supprimer celui-ci lorsqu'il était gêné par une somnolence diurne, mais il était fréquemment obligé de le rétablir, car son organisme étant accoutumé à l'opium, la privation amenait l'insomnie.

Il y aurait beaucoup à dire sur ces remèdes qui ont traversé les siècles, jouant un rôle si grand dans la vie populaire. Galien explique l'origine du « mithridat » et de la thériaque. Le premier, imaginé par le célèbre roi de Pont, était un électuaire, contenant, avec l'opium (οπιον, de οπος : suc), tous les antidotes connus sous forme d'herbes dont les vertus avaient été une à une éprouvées sur des condamnés à mort. Buffon nous dit qu'il comprenait également du sang de ca-

nard : « on croyait en effet que les canards dans le Pont se « nourrissant de toutes les herbes venimeuses que produit « cette contrée, leur sang devait en contracter la vertu de « repousser les poisons. » (*Oiseaux*, L. XVII, p. 234). (Rapprochement à faire avec la sérothérapie). Ce mithridat aurait eu un effet tel que son inventeur ne put user du poison pour se donner la mort, et qu'il dut la chercher aux mains d'un soldat gaulois (63 avant J.-C.). Plus tard, l'« archiatus » Andromachus, premier médecin de Néron, modifia le mithridat en y ajoutant notamment de la chair de vipère, et en fit la thériaque, plus active que le mithridat contre les morsures de ce serpent (*θηριαχην* sous-entendu *αντιδοτος* : antidote contre les bêtes malfaisantes ; de *θηρ* : bête). Mithridat et thériaque poursuivirent leur carrière, tantôt mentionnés avec respect, tantôt symboles de charlatanisme. La thériaque, avec l'orviétan fortune des vendeurs du Pont-Neuf, n'en était pas moins regardée comme une panacée par les médecins ; sa composition complexe donna lieu à nombre de traités, et au XVIII^e siècle encore, comme au temps de Marc-Aurèle, sa préparation se faisait parfois en grande pompe, devant les autorités. Médicament dangereux d'ailleurs et d'humeur peu sociable, puisque, s'il faut en croire une lettre de 1150 : « Si venenum invenerit, expellit ; quod si non invenit, cum quo luctetur occidit. » Il ne disparut du codex qu'en 1908.

Pour revenir à l'histoire de l'opium et surtout à l'opio-manie qui nous intéresse particulièrement, notons qu'elle prit une extension considérable à l'époque des grands médecins arabes, par suite des conquêtes musulmanes. Les grands succès de Paracelse (XVI^e siècle) l'ont certainement développée, ainsi que l'invention du diascordium par FRACASTOR (XV^e siècle) et la propagande de SYDENHAM (XVII^e siècle, inventeur du sirop diacode, et du laudanum qui porte son nom).

L'Asie centrale et orientale ne fut atteinte que relativement tard ; au VIII^e siècle l'opium gagna, grâce aux Arabes,

la Perse, l'Inde, la Chine. L'usage de le fumer apparut à la fin de la dynastie des Ming (première moitié du ^{xvii}^e siècle), lorsqu'il fut interdit de fumer le tabac : un exemple entre mille du remplacement d'un toxique par un autre. A partir du ^{xviii}^e siècle les empereurs prirent des mesures destinées à limiter ou à supprimer les importations : d'où les deux guerres de l'opium du ^{xix}^e siècle, aboutissant en 1858 au traité de Tien-Tsin qui légalisa le commerce de l'opium en Chine. Celle-ci, alors, décida de le produire elle-même. En 1906, nouveau changement, nouvel accord avec l'Angleterre tendant à diminuer graduellement en dix ans culture et importation. Un résultat partiel a été obtenu ; la contrebande, trop facile en cet immense pays, le combat, aidée par le Japon qui, peu atteint lui-même, a organisé un envahissement méthodique de la Chine par la morphine tirée de l'opium de l'Inde, le premier pays producteur du monde, avant la Turquie, la Perse et certaines régions balkaniques (Bulgarie-Macédoine-Yougoslavie).

Au cours de cet exposé nous avons paru perdre momentanément de vue l'opiomanie ; en fait, et très malheureusement, elle est inséparable de la présence même de l'opium ; et l'expérience montre que ce dernier n'est jamais demeuré dans l'arsenal thérapeutique. A toutes les époques on en peut trouver des preuves écrites ; nous ne les détaillerons pas, de peur d'alourdir ce chapitre ; cependant, même sans nous appuyer sur les descriptions des heureux effets de la drogue, qui tendraient à démontrer l'existence de l'habitude toxique, citons des exemples concrets : ce Lysis du ⁱⁱ^e siècle qui prenait sans être incommodé 4 drachmes de pavot (le drachme ancien pesait plus de 3 grammes). Plus tard, un naturaliste français, Belon (^{xvi}^e siècle), décrit la passion de l'opium chez les Turcs. Des publications échelonnées du ^{xvi}^e au ^{xviii}^e siècle mentionnent en Allemagne des observations médicales de sujets « adonnés à l'opio-phagie », en précisant les doses. Quant aux auto-observations, elles sont peu nombreuses avant le ^{xix}^e siècle et l'ouvrage

si complet de Thomas de Quincey (*Confessions of an english opium-eater*, London 1821), dans lequel il décrit en trois parties « Récit », « Plaisirs de l'opium », « Douleurs de l'opium » les résultats de sa triste expérience.

A partir de ce moment, on n'a que l'embarras du choix. Après les poètes anglais de la première moitié du ^{xix}^e siècle et spécialement Coleridge, la littérature s'intéresse de plus en plus aux rêves engendrés par les toxiques ; sans nous attarder, citons au hasard Baudelaire, Théophile Gautier, Proust, Tailhade, Farrère. L'époque contemporaine abonde en auteurs qui croient trouver dans le kaléidoscope des visions une source d'inspiration plus riche, et dans la drogue — erreur d'ailleurs complète — une fécondité intellectuelle plus étendue.

Pour compléter cette étude historique sur l'opium, disons qu'actuellement, depuis que son alcaloïde a été isolé (début du ^{xix}^e siècle) et surtout depuis la première injection faite par Wood en 1853, la morphinomanie, par sa commodité, tend à gagner du terrain sur l'opiomanie. Elle connut une fortune éclatante dans la deuxième moitié du siècle dernier, tout particulièrement en Allemagne ; c'est ce pays qui la transmet en grande partie à la France par l'intermédiaire des médecins militaires et des officiers de la guerre de 1870.

Le cours actuel des faits permet cependant de terminer sur une note moins pessimiste ; la morphinomanie est en décroissance depuis la dernière guerre, grâce aux mesures prises pour réglementer la vente du poison. Aux pouvoirs publics de poursuivre cette œuvre d'assainissement en étendant les défenses de manière à empêcher le jeu de la substitution des toxiques.

La Coca

Selon la légende indienne, la feuille de coca aurait été offerte en présent par les fils du Soleil au royaume nouveau-né des Incas. Il semble qu'en réalité son usage remonte beau-

coup plus loin. Quoi qu'il en soit, elle devint l'emblème de la royauté, avant de se répandre dans le peuple.

Pizarre en 1533, au cours de son trajet vers l'intérieur du Pérou, constata que partout l'Erythroxylon coca était employé comme tonique et comme euphorique. Les conquistadores, les propriétaires de mines, payaient en feuilles de coca le travail obligatoire. Les efforts des autorités civiles et religieuses, effrayées de la baisse de l'état sanitaire, n'eurent guère d'effet.

Les siècles n'ont rien changé à cette situation ; actuellement encore, la « cocada », ou durée d'action de la boulette de coca, est employée comme mesure de temps et d'espace ; et les « coqueros », ou chiqueurs de coca, sont innombrables.

La culture de la plante n'est plus limitée à l'Amérique du Sud ; accessoirement avec une région de l'Inde, les Indes Néerlandaises et surtout Java en produisent une quantité importante et qui croît de manière impressionnante ; elle sert surtout à préparer la cocaïne.

C'est en effet cet alcaloïde qui est utilisé par les toxicomanes en dehors de l'Amérique du Sud, au lieu des boulettes de feuilles agglutinées avec de la chaux ou de la cendre végétale, boulettes qui contiennent aussi une résine odorante, et d'autres alcaloïdes dont la cocaïne droite.

La cocaïne isolée en 1859 par NIEMANN, créa une « manie » avant même son utilisation médicale qui ne remonte pas au-delà de 1884. Elle commença son œuvre néfaste à la suite d'une idée du médecin américain BENTLEY, qui avait cru pouvoir l'employer pour traiter des morphinomanes : idée fausse, infiniment dangereuse et qui, bien que fortement combattue, a pu s'étendre et persister longtemps, créant une nouvelle toxicomanie plus grave que l'ancienne, voire même une association morbide si lourde de conséquences. L'emploi de l'alcaloïde en applications cutanées ou muqueuses, dans un but anesthésique, renforça encore le danger, et LERMOYEZ pouvait s'écrier en 1894 : « Gare à la cocaïne ! »

Enfin vers 1910 apparut une technique nouvelle : la prise

nasale, dont la commodité sembla donner une impulsion nouvelle à la cocaïnomanie ; elle se répandit rapidement dans les milieux de désœuvrés, de déséquilibrés, chez les artistes d'avant-garde, revêtant à Montmartre l'aspect d'une véritable épidémie qui justifia la loi de 1916.

Le fléau ne fit que grandir durant l'après-guerre, profitant de ses ruines morales. Actuellement il sévit toujours, bien autrement dangereux que la morphinomanie. L'Allemagne, ici comme précédemment au premier rang, pour continuer le funeste succès qu'elle obtint dans notre armée d'occupation du Rhin dont elle chercha à faire à la fois un terrain d'exploitation et un agent de liaison, nous inonde de cocaïne par tous les moyens ; l'avion semble constituer le mode de transport le plus commode, aussi les aviateurs sont-ils particulièrement exposés et atteints. Mais le mal s'étend partout, surtout aux intellectuels : étudiants, écrivains ; aux hommes politiques, aux artistes (citons au passage les acteurs de cinéma, qui emploient des collyres à la cocaïne pour aviver l'éclat du regard) ; il ne s'agit plus maintenant d'une faute médicale ; c'est le snobisme, la recherche de l'ivresse, des sensations anormales, qui amènent cette extraordinaire floraison toxique. La cocaïne se trouve en tous lieux : dans les hôtels, les restaurants, les bars, les music-halls, les théâtres ; ses victimes en sont la plupart du temps définitivement prisonnières ; en admettant même qu'elles veuillent faire cesser leur misère, le harcèlement continu des pourvoyeurs clandestins, le plus souvent atteints eux-mêmes et par conséquent doués d'une subtilité d'imagination et d'un esprit de prosélytisme véritablement démoniaques, le leur rend extrêmement difficile.

Le mal, on le voit, est infiniment grave ; car, contrairement à la morphine, la cocaïne, comme l'alcool, comme l'éther, rend fou, et conduit au crime et à la mort.

Le haschisch

Le haschisch ou chanvre indien (de l'arabe « hachich », herbe sèche) est fort anciennement connu. Les Assyriens, aux VIII^e, VII^e siècles avant l'ère chrétienne, l'employaient comme encens, sous le nom de Qounoubou ou Qounnabou, terme sans doute rattaché à un vieux radical iranien : Konaba, semblable à l'appellation scythe « Κανναβις » qui est restée à la plante (*Cannabis indica*).

Hérodote en place la culture et l'usage chez les Scythes de la mer Caspienne et du lac Aral ; pour lui, la combustion des graines produisait une vapeur enivrante. Selon Diodore de Sicile (I^{er} siècle avant J.-C.) les Thébains en faisaient un « νηπενθες ». Galien le décrit sous la forme de petites galettes dont la consommation exagérée amenait l'engourdissement.

A la même époque (II^e siècle) son usage gagne l'Inde, où les écrivains sanscrits le mentionnent sous la dénomination de « pilules de gaité ».

Au Moyen Age, un témoignage intéressant : l'émir Soudoun Scheikhouni, en 1378, pour arrêter les abus fit supprimer tous les plants, mettre en prison les mangeurs, et arracher les dents aux plus coupables. L'habitude cependant ne disparut pas ; des documents du XVI^e siècle la montrent très répandue dans l'Inde.

Quatre cents ans plus tard, le 8 octobre 1800, le général Bonaparte fit publier une ordonnance précise interdisant, pour l'Égypte, la préparation et l'usage du chanvre indien, et menaçant de peines sévères les contrevenants. Cela sans résultat.

On s'est intéressé récemment aux menées des Ismaéliens « Haschischin » de Turquie d'Asie (origine probable du mot « assassin ») qui du XI^e au XII^e siècle, sous la direction du « Vieux de la Montagne », se servirent du toxique pour se

faire des adeptes en même temps que des serviteurs fidèles dévoués jusqu'à l'exécution des ordres les plus cruels (1).

L'usage du haschisch s'est peu propagé en Europe ; citons seulement son éphémère succès dans les milieux littéraires parisiens où, au milieu du siècle dernier, Baudelaire, Gautier, et d'autres membres du club des Haschischins se réunissaient en l'hôtel Pimodan, dans l'île Saint-Louis, pour consommer le « dawamesk », ou confiture au haschisch.

Actuellement, ce dernier est répandu à des degrés divers dans l'Asie occidentale et centrale, dans l'Inde ; en Afrique, tout spécialement au nord et à l'est. La contrebande du haschisch grec vers l'Égypte est particulièrement active : elle a fait l'objet d'un récent roman vécu (2). Notons en passant la surveillance étroite que sont obligés d'exercer les officiers de marine, sous peine de trouver du haschisch dissimulé dans les cachettes les plus invraisemblables de leur navire ; ils doivent aller jusqu'à palper leurs permissionnaires, pour dépister les gâteaux aplatis qu'ils disposent en ceinture autour de leur taille.

Le haschisch se fume (sommités fleuries de la plante femelle non fécondée, et résine extraite de ces sommités), se mange ou se boit.

L'alcool

Si nous avons pu, grâce à des points de repère disséminés et précis, tracer rapidement l'histoire des toxiques précédents, il n'en est pas de même pour l'alcool. Chacun sait que ce fléau de l'époque contemporaine, tout particulièrement répandu en Europe, remonte à des temps extrêmement reculés ; sans même citer la Genèse, ni rappeler la célèbre histoire de Noé, qui s'était seulement laissé surprendre par

(1) Maurice BARRÈS. — *Une enquête aux pays du Levant*, Plon-Nourrit. M^{me} B. BOUTHOU, — *Le Grand Maître des assassins*, Armand-Colin, 1936.

(2) Henry DE MONFREID. — *La croisière du hachich*, Grasset.

les charmes du vin, plus loin dans la Bible, à plusieurs reprises, les représentants de l'autorité divine, et surtout les prophètes, mettent le peuple en garde contre les boissons fermentées mêlées d'épices.

Des documents égyptiens de toute sorte nous éclairent sur le goût de l'humanité pour l'alcool ; certain menu des morts ne comportait-il pas six sortes de vins, et quatre sortes de bières ?

Dans l'Inde, le Rig-Véda, la Soura mentionnent les boissons distillées. Plus tard Hérodote, les auteurs romains traitent de la question, et indiquent les sanctions prises contre les abus. Les Capitulaires de Charlemagne répriment l'usage de l'alcool dans le clergé et dans l'armée. Plus près de nous, la sagesse de Mahomet n'a pas manqué de se préoccuper de la question.

En fait, si le vin, aliment naturel, doit être non seulement permis mais recommandé, l'alcool sous la forme des diverses spécialités dont le nombre sans cesse croissant dégrade et tue à petit feu la race humaine, doit être l'objet d'une lutte courageuse, sans trêve ni faiblesse.

En France, la guerre a amené une légère diminution du degré alcoolique de certaines boissons ; c'est un résultat infime, et la suppression totale de leur production et de leur vente devrait être au premier plan des réformes, dans l'esprit de ceux qui portent la grave responsabilité de la vie du pays — mais que faire, tant que le « bistro » constituera l'un des piliers du système électoral ?

Nous arrêtons là notre chapitre d'histoire, sans prétendre l'avoir fait complet ; mais il était intéressant de montrer, dans une étude touchant à une pathologie véritablement sociale, combien les problèmes actuels sont de tous les temps, et combien peu les modernes, si fiers de ce qu'ils appellent le « progrès », sont parvenus, au moins quant au sujet qui nous occupe, à modifier l'équilibre des biens et des maux entre lesquels oscille l'humanité.

ÉTUDE CLINIQUE

Avant d'entamer la partie clinique de cette étude il convient de s'entendre sur le sens des termes employés, afin d'éviter toute équivoque. Sans entrer en discussion ni prendre parti, pour la seule clarté de l'exposition, nous ajoutons au nom du toxique le mot « manie » pris au sens vulgaire d'habitude, de besoin, de nécessité tyrannique ; nous en laissons de côté le sens étymologique d'ailleurs imprécis, sans chercher à savoir s'il s'agit de « *μαινομαι* » « je délire », de « *μηνις* » « fureur » ou de « *μηνη* » « lune » (d'où « lunacy », « lunatic », mots consacrés par le langage scientifique et administratif en Grande-Bretagne) ; nous distinguons les toxicomanes, porteurs d'une tare névropathique, des intoxiqués simples, intoxiqués d'habitude, intoxiqués pour ainsi dire accidentels. Dans cette discrimination il y a plus qu'une question de mots ; les premiers en effet sont esclaves d'une passion dans laquelle le fonds mental morbide joue un rôle primordial : d'une part en prédisposant le sujet, d'autre part en l'empêchant de réagir, enfin en rendant illusoire la guérison par la seule désintoxication. Les intoxiqués simples victimes d'un piège du sort, d'une tentation passagère, sont moins profondément atteints, et l'on peut espérer les voir opérer un rétablissement qui les mette définitivement hors d'affaire. Ces deux catégories de malades se distinguent donc quant au pronostic et quant à la thérapeutique ; nous allons voir que la clinique superpose, chez les premiers, les symptômes d'intoxication à des signes de psychopathie. Ceci dit, atténuons ce que ce schéma peut avoir de trop dogmatique, et reconnaissons qu'il existe, comme toujours, de nombreuses formes

intermédiaires, voire des cas limites : nous en trouvons des exemples dans le recueil d'observations annexé à ce chapitre.

Au nombre de ces observations, choisies quelque peu arbitrairement parmi celles des 1.300 à 1.400 intoxiqués soignés à la maison de santé « Villa Montsouris » au cours des 40 dernières années, il en est peu qui aient trait à de simples habitudes : elles ont été de cure facile et définitive. Dans le plus grand nombre la toxicomanie apparaît comme l'un des signes dominants d'une psychose périodique en évolution dont les phases dépressives, surtout chez les alcooliques et les morphinomanes, paraissent être particulièrement propices à sa création et à son développement.

Tandis que les intoxiqués simples sont allés à la drogue pour combattre et adoucir une épreuve physique ou morale de caractère exceptionnel, les toxicomanes, de par leur anomalie psychique, trouvent mille prétextes pour s'y jeter ; cette même anomalie les empêche de s'en délivrer, alors que l'autre classe de malades, qui a conservé ses forces de résistance, guérit plus facilement. Comme partout c'est une question d'équilibre ; il existe chez ceux-ci, il fait défaut chez ceux-là. Les intoxiqués simples sont nombreux quant à l'alcool (buveurs d'habitude 60 %) ; ils sont de beaucoup les moins nombreux quant aux autres toxiques (5 à 10 %).

Si le toxicomane, quand il vient se faire traiter, réalise à première vue un tableau morbide, conséquence directe du poison, on s'aperçoit vite que les éléments constitutifs de celui-ci ne peuvent en réalité être séparés des symptômes de psychopathie, tant ils sont intriqués. Il est nécessaire, dès le début de cette étude clinique, de ne pas prendre le prétexte pour la cause ; aussi avant de décrire les signes d'intoxication que l'on trouverait beaucoup mieux exposés dans l'histoire vivante des observations, tenterons-nous d'esquisser les grands traits du terrain pathologique mental du toxicomane, pour en faire ressortir les déficiences que ce dernier cherche à combler au moyen de la drogue. Elles existent toujours ; la poursuite pure et simple de la jouissance, la curiosité, la

recherche de la sensation exceptionnelle, de la volupté (n'en déplaie aux esthètes de ces 80 dernières années) ne sont que des causes secondes, et même des façades élevées pour masquer une tare ou une insuffisance ; nous n'en trouvons pas mention dans le grand nombre d'observations qu'il nous a été donné de dépouiller ; presque dans toutes il existe un substratum physiologique, varié à l'infini comme les rouages mêmes de la nature humaine, mais que l'ordre de fréquence permet de ramener à quelques types principaux.

Parmi ceux-ci la douleur tient une place prépondérante : crises hépatiques, cancéreuses, tabétiques ; ulcus, aortites, otites, rhumatisme, syphilis réclament un palliatif et motivent souvent une prescription médicale d'opium, initiatrice dans bien des cas de la toxicomanie. Fréquemment aussi, il s'agit de sensations plus ou moins nettes, à localisation variable, telles qu'on les voit chez les hypochondriaques ou les hystériques, et qui, avant que le diagnostic ne soit posé, risquent de conduire à des manœuvres et à des traitements inutiles et même nuisibles, puisqu'ils confirment le patient dans son erreur.

A côté de la douleur véritable, nombre d'impressions désagréables, de gênes, de dysfonctionnements portent le psychopathe à chercher du secours : asthme, Parkinson, épilepsie larvée, et surtout insomnie ; celle-ci avec la douleur, et bien souvent alliée à elle, est la grande pourvoyeuse des toxicomanies.

Bien au-dessus de toutes ces causes plane la souffrance morale de tout ordre : perte d'un être cher, abandon, regrets d'un bonheur disparu, difficultés exceptionnelles, solitude : bref toutes les épreuves petites ou grandes susceptibles de s'attaquer à la sensibilité humaine. Mais ce n'est pas tout ; à côté de ces douleurs motivées, pour ainsi dire légitimes et naturelles, nous trouvons le monde des dysesthésies psychiques, les « algies » de Brissaud, les « coenesthopathies » d'Ernest Dupré ; monde qui comprend toutes sortes de sensations pénibles, parfois intolérables, et fort heureusement

inconnues des sujets normaux : c'est la morne et invincible tristesse des mélancoliques, l'angoisse des timides, des scrupuleux, des émotifs, des anxieux, des trembleurs ; c'est la terreur de la vie, la crainte de ne pouvoir répondre à ses nécessités, de ne pouvoir pas même en soutenir le poids. Nous n'en finirions pas s'il fallait énumérer les petits ou les grands inadaptés au devoir qui leur est demandé. Combien de célébrités n'ont pu affronter le « forum » qu'avec l'aide d'un toxique ! Bismarck ne parlait en public qu'après s'être injecté une forte dose de morphine ; combien d'hommes politiques, même parmi ceux qui occupent les plus hautes situations, combien de conférenciers, de professeurs, d'acteurs ne peuvent exercer leur charge que sous l'empire de la drogue ! Ne nous sommes-nous pas laissé dire que tel examinateur faisant preuve d'une sévérité sans pareille lorsqu'il était à jeun, les candidats au courant de la situation, se cotisaient pour obtenir qu'une « tangente » complaisante tint toujours en réserve une seringue bien remplie ? Tous ceux que tourmente ce que JANET a pu appeler la « baisse de la tension psychique » sont les meilleurs clients des trafiquants de toxiques.

Contre tous les ennemis que nous venons de signaler, les malades ont besoin :

de se calmer (opium) ;

de dormir (chloral) ;

de se tonifier (morphine au début, cocaïne, alcool) ;

enfin ils peuvent chercher à noyer leur misère dans l'ivresse (alcool, éther).

Ainsi se présente superficiellement l'étiologie des toxicomanies : elle est encore très incomplète. Toutes les épreuves ci-dessus indiquées font partie, à des degrés divers, du fonds commun de la souffrance humaine dont nul n'est exempt ici-bas. Pourquoi donc certains individus, plutôt que d'autres, réagissent-ils en se prenant de telle sorte à l'habitude toxique, qu'ils finissent par l'incorporer à leur physiologie même, comme le prouvent de manière éclatante les troubles de l'état de besoin ?

C'est ici qu'intervient la notion de constitution morbide.

Tous les toxicomanes vrais sont des déséquilibrés. Parfois cette tare a joué précocément, en intervenant dans la préparation même du mal qui les atteint ; souvent elle entraîne d'autres anomalies de comportement ; elle est toujours responsable de la mauvaise habitude invétérée.

Quelle est donc cette tare ?

Les psychoses dites organiques fournissent un nombre tout à fait restreint de toxicomanies ; nous ne voyons pas citer de porteurs de tumeurs cérébrales ; nous trouvons quelques paralytiques généraux (obs. XVI), quelques tabétiques (obs. XVII) ; le terrain, s'il imprime des caractères atypiques aux troubles, ne semble pas jouer un rôle certain dans leur étiologie ; en général les intoxications sont simples et le sevrage facile. La grande épilepsie est de rencontre rare, mais l'épilepsie larvée est à la base d'un grand nombre de dipsomanies alcooliques et d'un certain nombre d'autres toxicomanies.

Par contre, pas de démence précoce ou de schizophrénie (terme synonyme), qu'il s'agisse de la forme hétérophrénocatatonique ou de la forme dépressive simple.

Quelques rares paranoïdes ont été signalés ; nous n'en avons pas vu plus de cinq ou six sur plus d'un millier d'observations ; c'étaient en général des morphinomanes atteints d'un délire chronique de persécution avec hallucinations auditives, délire à évolution torpide, assez bien masqué par la morphinomanie et qui, lorsque l'abus du toxique devenait trop considérable ou se compliquait d'alcoolisme, revêtait rapidement un aspect confusionnel.

En fait, comme le montrent nos observations, le plus souvent on se trouve en présence de sujets atteints de psychose périodique de formule atténuée ; tous sont des hyperémotifs dont la balance sensitive est mal réglée. Chez les uns domine le fonds paranoïaque avec tendance hypochondriaque et égocentrisme, chez les autres la cyclothymie avec déséquilibre de l'humeur, alternatives de dépression et d'excitation ;

chez d'autres encore c'est l'élément phobique, obsessionnel, c'est l'impulsivité, ce sont les crises hystériques ou épileptiformes. Il s'y ajoute parfois des tendances mythomaniaques ou perverses, un abaissement du sens moral, et toujours une certaine incohérence dans le comportement. Bref on peut mettre en évidence tous les stigmates des constitutions morbides ; cyclothymie, paranoïa, mythomanie, perversité, impulsivité, hyperémotivité, en d'autres termes les sept péchés capitaux de l'Écriture, qui restent les symptômes cardinaux de la psychose périodique.

N'oublions pas l'hérédité psychopathique de ces malades, souvent chargée, facile à découvrir en général ; elle peut revêtir diverses formes : parfois il s'agit d'hérédo-syphilis ; beaucoup plus souvent il est question de ce que nous voudrions pouvoir appeler l' « hérédo-tuberculose ». La phymie est si fréquemment associée aux maladies mentales de tout ordre qu'il est bien tentant d'établir une relation de cause à effet ; il y a là un champ d'investigations extrêmement important, et il est à souhaiter qu'il attire les chercheurs.

Nous ne pouvons nous étendre plus longuement sans nous attarder dans le domaine de la psychiatrie pure. Nous espérons avoir suffisamment montré que :

le toxicomane vrai est un malade mental, un déséquilibré incapable de mener une vie absolument normale, un être dont le psychisme est déficient en un point quelconque, surtout en jugement, en volonté, en activité ; plus précisément il manque la plupart du temps du sens de la coordination de son activité à ses besoins. Par ailleurs, s'il y a en quelque sorte « hypofonctionnement », il peut y avoir « hyperfonctionnement », sous forme d'agitation stérile et d'impulsivité ; cette dernière ne se limite pas à la toxicomanie, mais se démasque en bien d'autres occurrences sous forme de vols, fugues, passion du jeu etc... (obs. LII & LVII). Tout ceci explique la facilité extrême avec laquelle ces malades subissent les mauvaises influences, et avec laquelle ils succombent devant le prosélytisme effréné des toxicomanes : notons, soulignons ce

dernier trait de caractère, absolument constant, toujours net au maximum (obs. XLIV). Il s'agit d'une passion annexée à la passion, d'un démon de la propagande, d'un instinct pervers qui pousse les malades à harceler leurs compagnons d'infortune jusqu'à ce qu'ils tombent ; parfois ils croient obtenir par la conjugaison de deux intoxications un plaisir plus grand : telle est du moins l'illusion de ces malheureux. Dans le même ordre d'idées, il existe une entente spontanée, un lien de nature incompréhensible entre les toxicomanes de même poison, c'est une véritable franc-maçonnerie de la drogue ; dans les maisons de santé, on ne sait comment, ils se dépistent et se rejoignent, comme s'ils sentaient véritablement leur triste confraternité ; ils « agglutinent » comme des bacilles, sans se connaître, à la première rencontre.

Parfois même ils méprisent tant soit peu les non-initiés ; le colonel X (obs. XLIV), indigné de voir porter de la morphine à une malade non toxicomane, ne s'écriait-il pas : « *margarithas ante porcos* » ?

Ajoutons à ces traits psychologiques les détails suivants : « psychopathe » ne veut pas dire « inconscient » ; les malades se rendent souvent parfaitement compte de leurs défaillances et ce n'est pas une de leurs moindres souffrances ; mais ils ne se possèdent pas assez, ils n'ont pas l'énergie nécessaire pour y remédier, ils n'ont pas ou ils n'ont plus le contrôle total d'eux-mêmes, et ils réalisent le type de l'aliéné : « *alienus a se* », au sens étymologique du mot. Ceci explique l'importance de l'ascendant psychothérapique du médecin, comme nous le verrons plus loin ; ce dernier devra d'abord prendre sur lui, porter véritablement la volonté déficiente de son patient pour la lui restituer raffermie et transformée, en rendant réellement le convalescent à lui-même.

Enfin notons le fait suivant : les toxicomanies filles des psychopathies réagissent à leur tour sur ces dernières, les entretiennent et les renforcent. Si la prophylaxie mentale, création pompeuse et budgétivore de l'après-guerre, avait été en France autre qu'une affaire de réclame publicitaire et de

démagogie, elle aurait pu mener la lutte contre les poisons et contre ceux qui tirent profit de la destruction physique et mentale de leur concitoyens présents et futurs, car l'alcool, en même temps qu'il s'attaque à la santé physique, en même temps qu'il constitue l'un des facteurs principaux de la dégénérescence héréditaire de la race, reste le pourvoyeur le plus actif des prisons et des asiles, au moins dans notre pays.

Le croquis mental du toxicomane étant esquissé, étudions maintenant les troubles qu'entraînent chez ce dernier les divers toxiques.

L'opium

L'opium s'absorbe :

par la voie buccale, en boulettes de saveur âcre, d'action lente, entraînant des troubles digestifs marqués ; ou bien sous la forme liquide (laudanum, extrait thébaïque etc...) ;

par la voie respiratoire, en fumée, d'agrément plus durable augmenté encore par la mise en scène, d'effet moins immédiatement nuisible ;

par la voie parentérale, en injections sous-cutanées de maniement commode et d'action rapide.

Citons enfin pour mémoire, car le cas doit être rare, l'un de nos malades qui appliquait la poudre de morphine (et de cocaïne) à même le derme, après s'être enlevé l'épiderme à coups de rasoir.

L'opium est un frein de l'activité psychique, susceptible d'agir aussi sur la sensibilité physique, et en ce faisant de créer un état de bien-être qui favorise le sommeil. C'est à la réalisation de ces importants résultats que vise la médication opiacée ; c'est la phase d'euphorie (1) des toxicomanes, qui s'éteint avec l'usage et meurt avec l'abus.

Précisons au passage un point d'histoire : si l'opium favo-

(1) Le terme a été créé en 1875 par Fiedler pour être appliqué au bien-être donné par la morphine.

rise le sommeil, ce n'est pas par une action élective ; il n'est jamais hypnotique comme on l'a cru à tort dans l'antiquité, comme le dit Molière, comme d'aucuns le pensent encore aujourd'hui ; non seulement il n'y a pas « in eo virtus dormitiva », pour parler comme Thomas Diafoirus, mais son action tonique s'opposerait plutôt au sommeil. En fait, il se contente de permettre celui-ci en apaisant les douleurs et en créant une détente propice ; c'est en ce sens que l'aspirine, elle aussi, fait parfois dormir. Il en ressort que l'opium est inefficace dans l'insomnie simple, mais qu'il peut combattre l'insomnie douloureuse.

Nous ne pouvons prétendre décrire tous les symptômes de l'opiomanie ; un volume n'y suffirait pas, et il resterait toujours très inférieur aux auto-observations comme les livres de QUINCEY, de TAILHADE, de CHAMBARDE, de PICHON. Nous tenterons seulement d'en dresser une courte synthèse, réserve faite des variations individuelles souvent très importantes.

La morphine

Si le premier contact avec la morphine donne parfois lieu à un court moment désagréable et nauséux (heureux ceux que la morphine fait vomir, et qu'elle décourage au premier abord !) il se confond généralement avec le début de la période d'euphorie. A très faible dose (0 gr. 01 à 0 gr. 02) la morphine est tonique ; le réveil est facile, heureux, l'activité plus vive ; bref la vitalité est accrue. L'opium atténue, calme les symptômes de déséquilibre nerveux, et les psychopathes qui en usent ne font qu'aller spontanément vers une thérapeutique effective et rationnelle de leurs troubles (le traitement de choix de la mélancolie n'est-il pas le laudanum ?) les anxieux trouvent l'apaisement de leur souffrance morale, les coenesthopathes celui de leurs douleurs physiques ; quant aux paranoïaques, aux persécutés, ils réalisent l'évasion. De rares patients (surtout médecins) ont pu se tenir dans des

limites strictes et mener une vie quasi-normale, sans atteinte profonde de l'état général (obs. XX) : ces cas sont exceptionnels. Le bienfait éprouvé pousse les malades à s'enfoncer plus avant ; ils ignorent que les petites doses de morphine sont les plus efficaces, et ils cherchent à les élever : l'habitude se constitue, impérieuse.

Bientôt, désinsérés de la réalité, ils atteignent un calme sans désir, un contentement inébranlable sur lequel nul souci n'a prise : une cuirasse d'engourdissement semi-conscient les sépare de la douleur, de la fatigue, voire des sensations normales ; ils vont vers le détachement complet et entrent dans un rêve sans sommeil, croyant toucher au Nirvâna. Insistons sur cette notion du rêve morphinique : chacun le crée avec les ressources de son subconscient, sans apport étranger ; les visions étincelantes des poètes feront toujours défaut aux imaginations pauvres : ici encore, les toxicomanes vivent d'illusion.

Le retour à la réalité est lamentable ; on ne s'évade pas impunément du fonctionnement vital normal — d'où reprise, et continuation de l'intoxication ; rien n'arrête plus le patient, sa volonté se paralyse, il ne pense plus qu'à lui, et plus précisément : qu'à sa piquûre. Petit à petit le jugement, l'émotivité, le sens moral même s'estompent dans le brouillard général. Ces signes annoncent la phase suivante, faite d'esclavage et de misère.

Le bien-être du début à disparu, et toute l'énergie vitale du patient est concentrée dans un seul but : le retrouver. Il le poursuit de plus en plus vainement en ajoutant les injections aux injections : 2, 4, 6, 8, 12 par jour, en même temps que les doses montent ; toute son attention est rivée sur l'idée fixe de la piquûre, celle-ci étant de plus en plus fréquente, de moins en moins active, de plus en plus néfaste ; toute autre considération est morte pour lui. Bientôt l'état de besoin se fait sentir avec son redoutable cortège de troubles physiques et mentaux ; le malaise d'abord léger croît avec rapidité, s'étend, s'épanouit en une angoisse atroce ; le malade pâle,

couvert de sueurs, anhélant, est capable des pires folies, pour obtenir le poison immédiatement sauveur, et il entre dans un état de fureur effrayant s'il ne peut exécuter à l'instant même le geste rituel ; d'où l'expression orientale « c'est un thériaki privé de son opium » ; il se comporte comme si la morphine, se substituant aux actions organiques, était réellement devenue son stimulant vital. A ce stade il est en marge de la vie, incapable du moindre effort.

S'il n'y a pas de dérèglement cérébral, pas de délire (notion très importante sur laquelle nous reviendrons), les troubles physiques sont constants. Toutes les fonctions sont plus ou moins inhibées : la digestion est lente et pénible, l'appétit médiocre ou nul, la constipation opiniâtre. La respiration est ralentie et extrêmement profonde : d'où emphysème par distension des fibres élastiques du revêtement alvéolaire. Le cœur est lent, intermittent parfois, toujours sourd. Par ailleurs le foie est petit. La dysurie, la glycosurie, l'urobilinurie sont d'observation courante, moins encore que l'albuminurie alcaloïdique. Les troubles génitaux sont fréquents : impuissance à divers degrés (« *infringit stimulos veneris opium* »), aménorrhée d'ailleurs banale chez les psychopathes.

L'aspect général du malade est significatif avec son « vieillissement » extrêmement frappant, son visage jaune et tiré au regard terne, pupilles en myosis. Les cheveux sont secs et fragiles. La peau, épaissie par induration dermique, devient le tombeau de nombre d'aiguilles ; elle se recouvre volontiers de sueurs malodorantes qui portent à rechercher les parfums violents. (Citons à ce propos certain garçon de salle de garde, chez qui la constatation de ce symptôme fit découvrir l'étiologie d'une diminution progressive de la provision opiacée contenue dans la pharmacie hospitalière).

Souvent apparaissent des poussées fébriles, qui ont une action calmante : « *febris accedens spasmos solvit* » (GALIEN).

Notons que tous ces troubles organiques, si graves puissent-ils paraître, sont plutôt le fait de l'imbibition par le toxique que celui d'une atteinte profonde ; ils disparaissent presque

à vue d'œil au sevrage, réserve faite de la durée de l'intoxication et de certains cas d'imprégnation persistante qui peut entraîner des reprises, même après bien des mois.

Enfin il existe une légère modification des caractères sanguins.

L'évolution naturelle de la morphinomanie, qui se fait vers la cachexie au bout de très longues années, peut être coupée de complications souvent mortelles ; complications pulmonaires : bronchites, broncho-pneumonies rapides (obs. XIV), tuberculose ; l'éclosion de cette dernière est préparée par la décalcification engendrée par la morphine et qui se manifeste de diverses façons, depuis la carie dentaire jusqu'à l'ostéomalacie.

Les abcès sont bien particuliers et d'ordre plus anaphylactique qu'infectieux. Ils surviennent brusquement chez les malades saturés, poussant en quelques heures sur tout le corps, comme des champignons après la pluie, à froid, sans douleur, ni rougeur, ni réaction thermique ; incisés, ils laissent échapper un pus fétide, mal lié, amicrobien. Si le malade va vers le sevrage ils ne se reproduisent pas ; dans le cas contraire ils repoussent, se multiplient, se réchauffent parfois et s'étendent, pouvant conduire à un état d'infection purulente avec pyohémie (obs. XII et XIII).

On voit donc que la fin habituelle des morphinomanes, si elle ne succède pas à un empoisonnement massif ou à une cachexie, est due aux complications pulmonaires ou infectieuses qui évoluent avec une rapidité déconcertante ; exceptionnellement elle a été due au tétanos (cas de CHAMBARD). Par contre, le morphinisme semble jouer un rôle préservatif vis-à-vis des maladies intercurrentes, au moins dans la période des petites doses ; les patients traversent aisément les épidémies sans se laisser contaminer ; ils sont généralement à l'abri des affections saisonnières, et ils s'étonnent, quand ils sont désintoxiqués, de retrouver les misères qui sont l'apanage des sujets normaux.

Tel est le tableau résumé de l'intoxication morphinique ;

on voit donc qu'à faible dose elle endort et masque sans les faire disparaître la plupart des troubles mentaux des psychopathes, alors que tant d'autres toxiques aggravent les tendances nocives et impulsives, devenant responsables de bien des drames. L'opium seul n'a jamais fait délirer, contrairement à l'alcool, l'éther, la cocaïne, le haschisch, la scopolamine (sédol) ; il contient et réprime plutôt les aptitudes délirantes ; nous avons observé un délire de persécution freiné pendant plus de 15 ans par une morphinomanie à dose moyenne, et qui éclata dans toute son intensité après le sevrage, à tel point que la malade, qui pouvait vivre chez elle sans dommage personnel ni social, dut être internée quelques mois plus tard. L'opium, par contre, atteint la santé physique comme nous l'avons vu — il prédispose aux infections staphylo-streptococciques et à la tuberculose ; à dose élevée, il mène naturellement à la cachexie. Enfin, s'il n'excite pas les mauvais instincts de ses adeptes, s'il ne les rend pas fous, il tue ce qui leur reste de volonté ; ils ne deviennent pas criminels mais ils se ruinent et ruinent les leurs ; on a dit que s'ils commettent un acte répréhensible, ce n'est pas sous l'action du toxique, mais bien dans les affres de l'état de besoin — en fait l'opium est directement en cause. Si les morphinomanes ne sont pas très dangereux pour la société, ils n'en sont pas moins néfastes et indésirables, et il est à souhaiter que la lutte contre leur source de déportements se poursuive à outrance.

L'héroïne

Éther diacétique de la morphine, introduite dans la thérapeutique en 1898, l'héroïne, théoriquement moins toxique que cette dernière, est en réalité infiniment plus à craindre. Si dans l'ensemble l'héroïnomanie se rapproche de la morphinomanie, elle s'en distingue par des troubles bulbaires qui peuvent être extrêmement graves : dyshématose, cya-

nose, suffocation, syncope, affaiblissement du cœur, bref par une atteinte des fonctions vitales essentielles. La résistance des sujets est bien inférieure à celle des morphinomanes : ils ne supportent que durant peu d'années les doses équivalentes à celles que ces derniers pourraient sans grand dommage absorber toute leur vie.

Quant aux avantages, ils sont nuls : l'accoutumance est la même pour tous les corps renfermant le noyau morphinique ; l'effet euphoristique de l'héroïne est relativement peu intense, et comme cette dernière agit à quantité moitié moindre que la morphine, les malades, ignorants ou non de ce fait, sont tentés d'augmenter les doses, arrivant rapidement à doubler leur intoxication, et en ce faisant à précipiter leur déchéance physique et morale.

La passion de l'héroïne est quelquefois primitive ; souvent elle est secondaire, et résulte d'une substitution de cette dernière, plus facile à obtenir, à la morphine. Nous ne reviendrons pas sur cette erreur fondamentale, préconisée en 1900 par MOREL-LEVALLÉE pour les petites quantités, et qui conduit à une faute thérapeutique lourde de conséquences ; elle ne doit plus se voir.

La dionine (ou éthylmorphine) occasionne les mêmes troubles que la morphine, ainsi que *le pantopon*.

La codéïne (ou méthylmorphine), *l'eucodal*, opiacés de faible intensité, très à la mode parce que faciles à se procurer, ne sont en général pas absorbés à dose assez forte pour entraîner des désordres graves.

Le laudanum, qui entre dans la même catégorie, ajoute un léger effet alcoolique à celui de l'opium (cas de QUINCEY).

Enfin, citons le *sédol*, association de morphine et de scopolamine, dont l'abus amène du délire.

La cocaïne

Bien autrement grave que l'intoxication opiacée, l'intoxication cocaïnique conduit à la folie et au crime. Elle est

réalisée de diverses façons : en Amérique du Sud on chique les feuilles de coca ; en Europe on emploie l'alcaloïde soit sous forme de pommade, soit en injections, soit (9 fois sur 10) en prise nasale, voie très commode puisqu'elle supprime tout préparatif. La cocaïnomanie a fait son apparition en Europe vers 1880 ; la première observation en a été publiée par MAGNAN et SAURY en 1889 ; elle a trait à un patient qui par la suite a été soigné de façon intermittente entre 1901 et 1914 à la Villa Montsouris (obs. XLIV).

A faible dose la cocaïne amène d'abord de l'euphorie, une impression de paix parfaite, voire de l'apathie ; très rapidement son action tonique se fait sentir par un besoin d'activité, une dépense musculaire et psychique facile, une absence de la sensation de faim et de celle de fatigue, d'où une endurance inhabituelle ; ces heureux effets sont largement utilisés par les montagnards des Andes (ils donnent même de la coca à leurs chevaux) dont HUMBOLDT en 1902 avait apprécié les exceptionnelles qualités. Il est malheureusement difficile d'en rester là, aussi les méfaits de la cocaïne sont-ils toujours proches. Déjà le calme, le bien-être, l'absence de fatigue sont suivis d'une dépression psycho-neuro-motrice ; le rendement de l'activité baisse, le moindre effort devient pénible, la faim et la soif sont vives, enfin on voit poindre l'asthénie et la torpeur.

A un degré de plus apparaissent les phénomènes d'excitation idéo-motrice ; la cocaïne exacerbe toutes les fonctions ; elle transforme un homme calme en un hypomane ou même un maniaque, tant dans le domaine psychique (animation, rires, plaisanteries, fuite des idées, logorrhée) que dans le domaine moteur (besoin d'agitation, tours et détours, gesticulation désordonnée). Elle crée une excitation sexuelle qui la fait rechercher des impuissants, si souvent psychopathes (les pervers demandent surtout à la « coco » un palliatif à leur insuffisance sexuelle, car il est acquis aujourd'hui que l'homosexualité se rencontre fréquemment chez les persécutés et chez les malades à tendance paranoïaque) ; elle excite le

sens génésique, et cela plus psychiquement que physiquement ; les confidences des cocaïnomanes montrent que ces derniers sont perpétuellement en quête de partenaires intoxiqués comme eux, pour essayer de réaliser un coït démesurément prolongé et très douloureux dans sa volupté suraiguë et retardée : telle est la souffrance dépravée que recherche leur masochisme.

A dose plus élevée, et surtout dans l'intoxication par injections, la cocaïne agite frénétiquement, provoque des hallucinations des cinq sens et plus encore de la sensibilité générale : les malades croient voir et sentir des parasites ramper sous leur peau, ils veulent les extraire à l'aide d'un instrument quelconque (d'où mutilations fréquentes) ; on peut ainsi rencontrer des associations hallucinatoires variées à l'infini. Parfois ce sont des paresthésies, des anesthésies qui leur font projeter à l'extérieur une partie d'eux-mêmes (obs. XLIV le colonel X croyait qu'une tierce personne s'était glissée au lit entre sa femme et lui). Ils entendent des voix injurieuses, on les offense gravement ; parfois les hallucinations auditives sont transitoires, et les malades, conscients, freinent leurs réactions (obs. XLIV) ; d'autres fois elles sont si nombreuses et si intenses qu'elles entraînent un véritable état de confusion mentale au cours duquel les « raptus » sont à craindre. Enfin les hallucinations peuvent être kinesthésiques.

Tous ces troubles se rassemblent en délires plus ou moins systématisés ; ce peut être un délire onirique ; plus souvent c'est un délire jaloux extrêmement intense, dans certains cas demi-conscient, en liaison avec l'excitation génitale qui oriente le fonctionnement cérébral. Enfin c'est parfois une sorte de *delirium tremens* au cours duquel le sujet, volontiers interprétant et persécuté, lutte contre des ennemis ou des obstacles imaginaires, violemment agité et capable de l'acte de folie le plus grave.

A la longue la santé physique peut s'altérer, l'appétit diminue, la pâleur apparaît et s'accroît ainsi que l'amaigrisse-

ment ; le cœur devient irrégulier. L'évolution peut être émaillée de poussées fébriles, de crises épileptiformes. Chez les priseurs s'installent des désordres de l'odorat, un gonflement du nez, de l'eczéma ou de la furonculose de la cloison nasale ; celle-ci est bientôt ulcérée puis perforée, signe révélateur de premier ordre, plus constant que la mydriase.

Chez les habitués des injections l'effet de la drogue est plus brutal, l'excitation plus rapide et plus vive ; elle est parfois si intense que les malades cherchent à l'adoucir au moyen de la morphine, quitte à reprendre de la cocaïne pour combattre la dépression entraînée par celle-ci. A la longue on peut voir apparaître des œdèmes énormes des membres simulant l'éléphantiasis (tel se présentait l'un de nos malades qui, pour éviter la répétition des piqûres, portait en permanence une ou deux aiguilles fichées dans la peau) ; l'œdème peut envahir aussi la face, réalisant le facies bismarckien.

Cependant, bien plus que la santé physique à la vérité beaucoup moins touchée par la cocaïne que par l'opium, le psychisme est atteint : l'attention, le jugement, la mémoire, la volonté, l'affectivité déclinent ; incapable d'effort, indifférent à ce qui n'est pas son vice, le cocaïnomane ne peut s'attacher à aucun travail suivi, et il perd très vite, s'il l'a jamais possédé, le sens du devoir. La cocaïne s'ajoute au fonds mental pour précipiter le déséquilibre : les malades sont capricieux, entêtés, méchants, menteurs, jaloux, irritables, accessibles à toutes les bassesses ; leur amoralité est absolue, aucune considération ne les arrête, surtout lorsqu'il s'agit d'obtenir du poison (tel patient pourtant féroce ment jaloux n'hésitait pas à tenter de prostituer sa femme) ; d'où scandales, vols, faux, escroqueries, meurtres, enfin suicide, fin naturelle de ces misérables.

L'ivresse cocaïnique ressemble donc par certains traits à l'ivresse alcoolique : elle est plus lucide, de début et de terminaison plus rapides, mais elle est aussi plus agressive et plus terrible. L'insensibilité morale des cocaïnomanes, comparable à leur insensibilité cutanée, est infiniment plus grande

que celle des morphinomanes ; ils sont beaucoup plus dangereux pour eux-mêmes et pour la société. La cocaïne se place donc, parmi les poisons intellectuels et moraux, bien avant l'opium qui ne fait pas plus délirer que dormir.

Ajoutons que la cocaïnomanie n'entraîne pas d'état de besoin ; le sevrage peut et doit être immédiat.

On voit donc que l'intoxication cocaïnique diffère grandement de l'intoxication opiacée : si elle cause des désordres mentaux sévères, elle atteint peu l'équilibre physique ; les cocaïnomanes succombent rarement à une déchéance organique fille du poison, comme il est fréquent chez les morphinomanes ; ils peuvent l'éviter complètement s'ils coupent leur mauvaise habitude d'intervalles abstinents, plus souvent imposés que voulus. Leur guérison est difficile et rare, leur fonds mental étant particulièrement taré. La cocaïne fait de ses adeptes des rebuts sociaux extrêmement néfastes ; c'est un poison des plus dangereux, pourvoyeur de fous criminels et contre lequel une lutte à mort s'impose.

L'éther

C'est l'éther éthylique, obtenu par VALERIUS CORDIUS en 1540, appelé « sulfurique » au XVIII^e siècle. L'éthéromanie se répandit dans les milieux médicaux après les expériences d'HUMPHREY DAVY (1795) sur les inhalations de protoxyde d'azote. Sa large diffusion en Irlande a été attribuée à la campagne antialcoolique ; elle sévit également en Norvège, dans les provinces baltes, en Russie, tout particulièrement au sein de la population rurale pauvre.

L'éther se prend en inhalations ou en injections, souvent dans ce dernier cas mêlé à l'alcool. Son usage, qui entraîne de l'accoutumance et un léger état de besoin, peut être responsable de troubles organiques : anorexie, gastralgies, vomissements matutinaux, tremblement des membres, affaiblissement musculaire, désordres circulatoires (état con-

gestif, irrégularités cardiaques) ; tout ceci n'est pas comparable au grave syndrome psychique. Si l'éther, en effet, respiré avec modération, produit une certaine excitation intellectuelle, puis une obtusion de la sensibilité périphérique avec euphorie fort bien décrite par Guy de MAUPASSANT qui se servait de l'éther pour combattre la migraine, il entraîne ensuite une ivresse à évolution très rapide. Les éthéromanes se comportent comme les alcooliques, mais ils brûlent les étapes et arrivent très vite au delirium tremens. Entre temps ils se caractérisent par des sautes d'humeur, des caprices, des négligences, de la paresse, de l'affaiblissement de la volonté, bref par des troubles variés du caractère qui, même entre les paroxysmes, peuvent se traduire par une irritabilité, une méchanceté féroces, et par une impulsivité extrêmement intense avec des réactions mélancoliques pouvant conduire au suicide et au meurtre. L'éthéromanie donne les symptômes d'un alcoolisme à marche suraiguë ; l'agressivité qu'elle entraîne a été utilisée de part et d'autre du front de bataille au cours de la dernière guerre, sous forme de « gniôle » éthérée. Il s'agit donc d'une toxicomanie dangereuse et grave, heureusement peu répandue en France ; le sevrage en est immédiat et facile, plus facile encore dans la toxicomanie par inhalation, la plus fréquente et aussi la plus alarmante, puisque les malades peuvent s'endormir jusqu'à ce que mort s'ensuive.

Le chloral

La chloralomanie se développe la plupart du temps chez des malades dont l'état d'insomnie a motivé une prescription médicale. Elle est relativement peu répandue, sans doute à cause du goût désagréable du médicament et des troubles douloureux qu'amène l'abus. Ceux-ci sont fréquents et sérieux ; ce sont des sensations diverses, allant des fourmillements, de l'hyperesthésie cutanée aux douleurs musculaires

atroces, profondes, lancinantes, atteignant surtout les membres (cuisse, mollets) et la région dorsale. Par ailleurs les chloralomanes vivent sous la menace perpétuelle de la mort subite. Ces phénomènes dominent la symptomatologie.

Il s'y ajoute divers troubles :

cutanés, sous forme d'érythèmes avec macules, papules, pustules, tuméfactions, abcès, avec troubles trophiques surtout unguéaux ;

digestifs : soif, diarrhée, subictère ;

nerveux : tremblement, convulsions, agitation, délire surtout hallucinatoire, prostration, insomnie, diminution d'acuité des facultés intellectuelles, idées de suicide ;

circulatoires : palpitations, faiblesse et instabilité du pouls, abaissement de la tension artérielle, intermittences cardiaques.

Enfin l'usage habituel peut faire apparaître des désordres génitaux et urinaires.

Le sevrage entraîne une exacerbation des troubles évoquant un tableau d'ivresse alcoolique, et il est parfois suivi d'une persistance des douleurs et des irrégularités du fonctionnement cardiaque.

Le haschisch

Nous passerons rapidement en revue les effets du haschisch, toxique peu répandu en France. Ils ont été décrits dans un style très coloré par Théophile GAUTIER, qui avait, cédant à une curiosité sceptique, demandé du dawamesk à l'aliéniste MOREAU de Tours ; celui-ci plaça en tête de son livre « Du haschisch et de l'aliénation mentale » les lignes brillantes du poète (1845). Par ailleurs ces effets ont été exposés par Charles RICHET dans « L'homme et l'intelligence » à la suite d'une auto-expérience.

Dans l'ensemble l'usage du haschisch déclenche des cycles successifs d'excitation suivie de dépression. Pendant qu'ils

se déroulent, toute sensation pénible s'efface pour faire place à des perceptions fictives allant jusqu'à l'hallucination et à l'ivresse ; l'excitation psychique et motrice rappelle celle de l'alcool. A la longue les facultés intellectuelles s'émoussent, les crises se modifient, deviennent plus intenses, pouvant revêtir l'aspect d'une manie furieuse et conduire au crime. Petit à petit s'installe la déchéance physique et morale, voire une démence incurable (les haschischins peuplent en partie les asiles orientaux).

Ajoutons que, comme celle de l'alcool, l'influence du haschisch se fait sentir sur la descendance.

Les barbituriques

Nous n'avons pas encore observé de toxicomanie barbiturique véritable ; mais en raison des difficultés que les lois récentes sur la protection de la santé publique ont créées à la diffusion de la morphine, beaucoup de petits psychopathes se sont jetés dans l'usage habituel du véronal, du gardénal, etc., dont la vente n'est pas réglementée, et dans ces dernières années on a pu constater nombre de suicides par intoxication aiguë qui sort du cadre de cette étude. Il suffirait que les barbituriques fussent inscrits au tableau B pour que cette épidémie soit enrayée.

Le tabac

Connu en Europe depuis les voyages de Colomb aux Bahamas (1492) et de Ponce de Léon en Floride (1512), introduit au Portugal en 1558, envoyé en France par notre ambassadeur Jean Nicot, le tabac connut presque immédiatement une vogue extrême ; Catherine de Médicis l'adopta et s'en servit pour soigner la céphalée dont souffraient François II et Charles IX. Son usage se répandit jusqu'à l'abus, suscitant de bonne heure des oppositions parfois médicales

(il est condamné en 1590, en Hollande, par la Faculté de Médecine qui lui reproche de noircir le cerveau) plus souvent religieuses (le pape Innocent X, en 1650, s'élève en particulier contre les priseurs qui parsèment de tabac la basilique Saint-Pierre) : oppositions toutes également vaines. Mieux valut tirer parti de l'habitude presque d'emblée invétérée ; de droits furent établis, notamment par Jacques I^{er} en Angleterre, par Louis XIII en France sous le règne duquel on commença de fumer le tabac ; le monologue de Sganarelle, qui ouvre la comédie de « Don Juan » montre qu'ils n'avaient entravé en rien la coutume déjà solidement installée, et qui nous a valu l'art de la tabatière. La carrière du tabac s'est poursuivie jusqu'à nos jours. La cigarette, dont se servaient les Turcs, pénétra en Europe occidentale à la faveur de la guerre de Crimée.

Quelle place peut-on attribuer au tabac dans la question qui nous occupe ? En réalité on ne peut lui rattacher le mot de « toxicomanie » ; son abus n'engendre pas les troubles que nous avons rencontrés lorsqu'il s'agissait de véritables toxiques ; cependant il est à noter que :

le tabagisme est très souvent associé aux toxicomanies, et les aggrave ;

le tabac exerce par lui-même une action nocive ; celle-ci se fait sentir :

sur l'appareil respiratoire (catarrhe, dyspnée parfois asthmatiforme) ;

sur l'intestin (le péristaltisme qu'il déclenche à pu être utilisé contre la constipation ; l'abus peut susciter du catarrhe) ;

sur le système nerveux (pesanteurs de tête, vertiges, irritabilité, excitation cérébrale, insomnie) ;

sur la région naso-bucco-pharyngée et l'appareil auditif, (état congestifs, leucoplasie).

En fait, l'effet nuisible du tabac atteint surtout :

le foie ; le subictère des fumeurs est classique ;

le système circulatoire : palpitations, extra-systoles, gêne,

voire douleurs constrictives ; si le rôle du tabac dans la production de l'angor est discuté, il peut en tout cas constituer un élément aggravant.

Tous ces troubles sont fonction :

de l'âge ; le tabac devrait être pros crit chez les enfants de moins de 16 ans ;

de la prédisposition naturelle : les sensibilisés, les arthritiques, les porteurs d'une épine organique, surtout hépatique et respiratoire, doivent se montrer particulièrement prudents ;

enfin de la quantité de tabac absorbée, du mode de préparation, et plus encore peut-être, de la manière de fumer ; en effet l'action de l'oxyde de carbone dont il existe 70 cc. par gramme de tabac et dont 70% passe dans la fumée, s'ajoute à celle de la nicotine, et l'on conçoit que les « avaleurs de fumée » soient intoxiqués au maximum.

Il ressort de tout ce qui précède que l'usage du tabac, s'il ne mérite pas d'être condamné, doit être cependant limité ; la santé générale ne peut qu'y gagner.

L'alcool

Nous ne ferons que citer la grande toxicomanie alcoolique dont la vitalité semble s'accroître en France à mesure que la morphinomanie diminue. Des descriptions définitives en ont été données, auxquelles nous ne pouvons mieux faire que de nous reporter sans exposer à nouveau les ravages physiques, moraux et sociaux que l'alcool exerce dans la société actuelle, et qu'il prépare, au moyen de l'hérédité, à la société future. Insistons seulement sur le substratum psychique morbide des alcooliques de toute sorte, aussi net que chez les autres toxicomanes ; comme ces derniers les alcooliques souvent sont des abouliques, des pervers, des obsédés, bref des malades mentaux qui, à quelque degré qu'ils soient arrivés, peuvent et doivent être traités ; il importe de semer ces notions dans le

public qui, à l'encontre du plus simple bon sens, s'effraie lorsqu'il est question de morphine ou de cocaïne mais se contente de sourire lorsqu'il rencontre un ivrogne.

Nous nous limitons dans cette étude clinique aux toxicomanies qui précèdent, et dont la description schématisée suffit à marquer les grands courants psychopathologiques rencontrés. Cependant il faut avant de terminer signaler

Les polyintoxications

Si leur existence et leur fréquence peuvent au premier abord surprendre, elles s'expliquent ensuite par diverses raisons ; la plus simple et la plus répandue est la difficulté à se procurer des toxiques : d'où leur multiplication. De plus, le fait que ceux-ci répondent souvent à des besoins différents ne constitue pas un empêchement à leur usage simultané : nous avons vu plus haut un cocaïnomane prendre de la morphine pour calmer son excitation, puis reprendre de la cocaïne pour tonifier sa dépression. L'inverse est possible. Certains morphinomanes s'injectent parfois concurremment de la cocaïne, pour calmer la douleur de la piqûre. D'autre part il est des sujets dont la voracité est telle qu'ils prennent tout ce qui leur tombe sous la main. Enfin d'autres accumulent les toxiques les plus divers en une succession frénétique de poisons et de contrepoisons (obs. LIII).

La piqûre de morphine amène au début un état d'euphorie et de légère excitation agréable, transitoire, qui aboutit bientôt à une sorte d'apaisement permettant le sommeil. Ajouter de la cocaïne, c'est transformer cette situation, créer un état d'euphorie suraiguë avec excitation pénible que le malade cherche à calmer en reprenant de la morphine ; de telle sorte qu'un toxicomane ayant atteint son plafond morphinique avec 1 gramme voit, lorsqu'il ajoute de la cocaïne, même en quantité minime, monter aussitôt sa dose de morphine à 3 ou 4 grammes.

Les polyintoxications, très fréquentes, et qui ne peuvent étonner ceux qui connaissent le fonds mental des toxicomanes, ont un effet nuisible maximum et précipitent les échéances morbides ; elles sont la plupart du temps l'indice d'une tare mentale profondément enracinée, et doivent faire poser le pronostic le plus réservé.

En terminant cette étude clinique, élargissons en quelques mots la question. Après avoir exposé, au cours de ces pages, les causes profondes de déséquilibre qui poussent les psychopathes vers les toxiques, demandons-nous si ces derniers ont réalisé leur désir, et quel fruit ils ont retiré de leur tentative.

Ces inadaptés ont cherché par la drogue à obtenir une vie facile et heureuse ; incapables de contrôler comme de conduire leur mécanisme vital, incapables de se tenir dans des limites raisonnables, c'est à peine s'ils cueillent un instant de bien-être. Rien ne peut remplacer une qualité manquante ; si la nature peut être aidée, elle ne peut jamais être suppléée ; la création de nouveaux rythmes fonctionnels, au lieu de rapprocher les malades de la vie normale, les en sépare.

Le meilleur stimulant de l'homme est l'activité ; le déploiement de celle-ci amène la satisfaction par le bon fonctionnement physique et mental. L'asthénique, qui ne peut agir sans malaise, cherche à remplacer le tonique naturel par un tonique artificiel ; celui-ci lui donne très vite, non pas de la puissance d'action, mais une excitation dévorante qui le laisse retomber plus bas encore.

Par ailleurs les algophobes trouvent dans l'opium un voile commode pour leurs misères ; mais ce voile les entoure bientôt d'un réseau d'inertie dans lequel ils oublient même qu'ils cherchaient des possibilités d'action.

Que dire des malheureux esclaves d'une passion plus enracinée encore, et qui n'ont d'autre alternative que les terribles angoisses de l'état de besoin ou le renforcement des misères de l'intoxication ? que dire des ivrognes de toute nature, qui se rapprochent rapidement de la bestialité ?

Du point de vue personnel le geste du toxicomane n'amène

donc qu'une monstrueuse erreur ; illusion de la paix, du bien-être, du plaisir de l'action ; non seulement il ne peut lui faire franchir le chemin qui le sépare de ces biens, mais il tue à petit feu ses ressources naturelles qui eussent pu se réveiller peut-être et le stabiliser dans une vie subnormale. L'intention du toxicomane fait à coup sûr une faillite complète ; non seulement elle amène un résultat négatif, mais elle entraîne de graves conséquences pour l'individu. Nous appuierons plus loin sur son rôle de fléau social.

Les observations sont classées de la façon suivante :

Morphinomanie : I à X.

Morphinomanie terminée par la mort en maison de santé :
XI à XV.

Morphinomanie chez des sujets porteurs d'une maladie
physique : XVI à XIX.

Morphinomanie à faible dose parfaitement supportée : XX
et XXI.

Morphinisme guéri : XXII à XXIX.

Autres intoxications opiacées :

Héroïne : XXX à XXXII.

Laudanum : XXXIII.

Eucodal : XXXIV et XXXV.

Sédol : XXXVI.

Cocaïnomanie : XXXVII.

Alcoolisme : XXXVIII à XLII.

Polytoxicomanies : XLIII à LVIII.

Elles ont été dépouillées de tout détail n'ayant pas trait
à l'objet de ce travail.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Morphinomanie à rechutes chez une psycho-névropathe périodique avec prédominance de crises hypomaniaques. Calculs vésiculaires. Cholécystectomie.

M^{me} X, âgée de 64 ans, entre à la maison de santé au début de 1934. Elle prend depuis quelques années de la morphine, en raison, dit-elle, de violentes crises douloureuses de l'hypocondre droit ; étant donné son passé psycho-névropathique, les chirurgiens qu'elle a consultés à Alger n'ont pas voulu toucher à sa vésicule.

C'est une hypomaniaque constitutionnelle, une excitée intellectuelle agitée par intervalles avec du désordre des actes, ce qui fait que pendant longtemps on n'a pas voulu croire à la réalité somatique de ses souffrances abdominales ; une radio de la vésicule biliaire n'avait rien décelé.

Avant son arrivée elle prenait 0 gr. 40 de morphine par jour.

On constate dès l'entrée un énorme œdème des membres inférieurs lié à une phlébite ancienne consécutive à deux accouchements, Elle a un peu de fièvre le soir (38°).

Elle se soumet volontiers à la cure, car on lui a dit, dans son entourage, que les doses de morphine prises entretenaient ses douleurs.

En raison de la possibilité d'un calcul vésiculaire, nous menons doucement le sevrage que nous effectuons au bout de quatre semaines quand la température vespérale est revenue à la normale et que l'œdème a complètement disparu.

A deux reprises pendant ce temps la malade a eu des vomissements, s'est plainte de douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs qu'elle combattait en se couchant toute nue à plat ventre par terre, et qui cessaient au bout de trois ou quatre heures. Elle mettait une telle exagération autour de ces malaises qu'on ne pouvait ap-

précier l'importance de l'épine organique qui paraissait certaine. Elle se refusait à obéir aux prescriptions alimentaires, faisait des scènes continuelles pour essayer d'obtenir des mets tout-à-fait contr'indiqués en cas de colique hépatique, ce qui chez une femme cultivée faisait un peu douter de l'intensité des souffrances annoncées.

Le sevrage tombe au milieu d'une période interparoxystique et se passe bien. Huit ou dix jours après le « O toxique », les douleurs reprennent par crises très violentes, avec irradiations dans l'épaule droite et vomissements. En présence de signes indéniables de colique vésiculaire nous faisons appeler en juillet le professeur Jean-Louis FAURE qui, après l'examen clinique et radiologique, n'exclut pas l'hypothèse d'un calcul vésiculaire mais préfère temporiser pour l'enlever, en raison de l'âge, du psychisme et de l'état circulatoire ; il conseille de renouveler l'examen en octobre.

Dans le courant de septembre, les crises se répètent avec des douleurs si intenses que nous rappelons le professeur FAURE. En son absence le docteur SAUVÉ affirme l'existence d'une cholécystite calculueuse, redoutant un éclatement vésiculaire. Au bout de deux à trois jours l'orage se calme ; étant donné que le professeur FAURE avait été désigné par la famille pour intervenir, on attend son retour. Les deux chirurgiens concluent à la nécessité d'une cholécystectomie qui est pratiquée quelques jours après : la vésicule contenait un très gros calcul, deux autres très petits, et un peu de pus. Les suites de l'opération sont normales, et la malade peut regagner en fin d'année sa résidence algérienne, complètement débarrassée des douleurs qui avaient nécessité l'emploi de la morphine.

Six mois après, en mai 1935, elle nous écrit pour demander un nouveau sevrage ; son état psycho-névropathique, à l'occasion de soucis familiaux, l'avait projetée à nouveau dans l'intoxication morphinique, mais à petites doses.

La cholécystite a guéri, le terrain psycho-névropathique n'a pas désarmé, ce qui explique la rechute morphinique.

OBSERVATION II

Morphinomanie chez un psychopathe périodique pervers, homosexuel et sadique.

M. X, homme de lettres, âgé de 55 ans, a fait plusieurs séjours à la maison de santé en 1909 et 1914.

Il a mené une existence mouvementée de polémiste. C'est, du point de vue nerveux, le prototype du cyclothymique héréditaire, qui passe de la dépression avec préoccupations hypochondriaques à l'excitation la plus marquée. Déprimé, il a peur de tout, en particulier des maladies ; c'est la dépression qui l'a conduit à la morphine. Excité, il devient ironique, agressif, caustique. Son fonds paranoïaque se manifeste par un orgueil immense. Bourgeois épiscurien, il ne cesse dans la presse de vilipender les bourgeois qu'il traite de « mufles », et il est en coquetterie avec les anarchistes. Il attaque à fond ses amis les plus chers, se fait trainer pour diffamation en Cour d'Assises, va passer à la Santé des mois qui lui permettent de travailler ; il s'arrange toujours, quand il est détenu politique, pour se présenter à un siège de député, souvent contre un ministre passé ou présent, et on lui ouvre les portes de la prison pour lui permettre de faire campagne.

Conférencier très recherché, il va porter la bonne parole à l'étranger. Le soir de sa conférence il se livre à des désordres sexuels avec les débardeurs du port de la grande ville où il a, l'après-midi, tenu un public d'élite sous le charme de sa parole. Homosexuel militant, il a cependant épousé une femme qui a près de 30 ans de moins que lui et qu'il offre généreusement aux amis qui lui ont rendu service, car il n'est pas question d'argent avec lui : il ne s'en est jamais inquiété. Il a encouragé sa jeune femme à avoir une liaison, et quand celle-ci outrée des mœurs d'un tel mari a fini par lui obéir, il s'intéresse à son bonheur extra-conjugal, en suit la courbe, et ne craint pas de faire parfois des remontrances au partenaire. C'est ainsi qu'un jour, dans le hall de la gare Saint-Lazare, il prend celui-ci à parti si vivement que la police doit intervenir.

Deux fois par an environ, il vient se faire démorphiniser, craignant les conséquences fâcheuses des doses de 0 gr. 80 à 1 gr. Il supporte très bien le sevrage, mais c'est un patient gênant ; à l'homosexualité dont il fait parade il joint l'exhibitionnisme, et le personnel

infirmier le trouve souvent debout, nu dans sa chambre, tenant des discours d'un ton inhabituel. Son sens moral, que nous avons pu juger plus haut, lui fait accepter des secours de dames fortunées éprises de son talent littéraire ; de même il recevait des subsides de sa femme.

Disons pour finir qu'il a décrit parfaitement l'intoxication qui le possédait, et la désintoxication, dans une brochure qui est une auto-observation.

Il s'agit d'un psychopathe périodique à fonds paranoïque et pervers, qui allait à la morphine dans les périodes dépressives pour calmer son anxiété, mais qui savait s'arrêter aux fortes doses, prenant souci de recourir au sevrage en arrivant à 1 gramme.

OBSERVATION III

Morphinomanie chez une périodique saphique à prédominance hypomaniaque. Rechutes. Suicide.

M^{lle} X, entre à la maison de santé à 24 ans en 1902, prenant 1 gr. 50 de chlorhydrate de morphine par jour en 5 piqûres.

Elle absorbe de la drogue depuis 2 ans. Sa famille, très en vue, l'a rejetée en raison d'habitudes saphiques qui ont causé dans son pays de gros scandales ; jolie, élégante, elle est entrée comme mannequin dans une des grandes maisons de couture parisiennes. D'une part le changement de vie amené par la rupture des relations familiales, d'autre part le désir de perdre ses habitudes spéciales, précipitent la malade dans la toxicomanie. En deux ans elle a élevé à 1 gr. 50 les doses de morphine ; celle-ci est devenue un esclavage effroyable, mais qui permet de juguler les impulsions.

A son entrée en maison de santé, la patiente est amaigrie, insomniacque ; elle a quelques abcès. La méthode de désintoxication choisie a été la méthode rapide : sevrage en dix jours, sans incidents somatiques. Pendant les 48 heures qui ont suivi le 0 toxique la malade doit être gardée à vue, en raison de son agitation anxieuse et de ses tendances impulsives au suicide. Après 48 heures le calme revient peu à peu, et la convalescence suit une évolution normale à

la maison de santé, pendant trois mois. Chaque jour marque une transformation du psychisme qui entre dans une période de dépression avec dégoût de vivre. Mais petit à petit la confiance renaît, et la malade, croyant avoir oublié ses tendances, désire se marier.

Elle rentre chez ses parents ; un projet de mariage avec un Hollandais s'ébauche, et se réalise quelques mois après. Deux ans plus tard son mari la ramène, nous confiant que le mariage n'a pas aboli les anciennes tendances, et que, désespérée d'être à nouveau prisonnière de son vice, sa femme a repris de la morphine. Il demande pour elle un nouveau sevrage, et déclare qu'à son grand regret, et malgré toute l'affection qu'il lui porte, il ne peut que se séparer d'elle.

Le sevrage par la méthode rapide est effectué, (la malade prenait 0 gr. 50 depuis 4 mois) ; deux mois après, embonpoint, sommeil, enjouement sont revenus ; la patiente, avec une teinte légère de subexcitation psychique, entre à nouveau dans la vie. Son divorce, par consentement mutuel, est prononcé. Elle se remet au travail (couture), et un an après, sans avoir repris de morphine, elle vient nous dire que, luttant contre ses tendances saphiques, elle s'est fiancée une deuxième fois, et qu'elle nous prie de recevoir son futur mari pour l'éclairer avec netteté sur son état. Nous obtempérons à son désir. La mariée est célébrée, et, un an après, le mari ramène sa femme à la maison de santé, comme le premier l'avait fait, en rendant hommage à l'affection et à la gentillesse de son épouse qui, une fois de plus, à la suite de mêmes impulsions, avait repris de la morphine. Il l'amenait pour un nouveau sevrage qui précéderait un nouveau divorce et pour les mêmes raisons. Elle avait été pour son deuxième mari comme pour le premier une charmante camarade, et elle les avait mis tous deux en communication à tel point que c'est accompagnée par tous deux qu'elle vint pour la troisième fois à la maison de santé.

Dépression et tristesse très marquée ; 1 gramme de morphine quotidien depuis un mois. Nouveau sevrage rapide, nouvelle convalescence, reprise de la vie avec les rentes faites par les deux époux restés pour la malade d'excellents amis.

Nous la voyons de temps en temps ; elle essaie de lutter contre son saphisme en s'aidant de petites doses de morphine, lorsqu'enfin un nouvel essai conjugal, au printemps de 1914, avec un officier de marine prévenu comme les deux premiers maris tente encore le

sauvetage. Mais cette fois l'issue est dramatique : un double suicide dans une clinique berlinoise (juillet 1914).

Cette observation aurait pu servir de prototype au caractère de la *Prisonnière* d'Édouard Bourdet. Ici cependant, complexité plus grande, du fait de l'ambivalence ; M^{lle} X. cherchait à attirer les hommes beaucoup par désir de rentrer dans la normale et de vaincre ses tendances homosexuelles, mais pas uniquement. Pour y arriver, tout moyen lui était bon, et l'élu du moment avait fort à faire pour résister aux pièges innombrables qu'elle lui tendait avec toute la subtilité d'esprit des pervers.

OBSERVATION IV

Morphinomanie chez un psychopathe périodique déprimé à type obsédant.

Le docteur X, confrère de 33 ans, entre à la maison de santé en 1933 sur le conseil du docteur Legrain, Chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé dans la ville où il exerce, fils et frère de médecin, il est très intelligent, très adroit, mais c'est un névropathe incontestable, très obsédé par moments. Pris de découragement, écrasé par le « *taedium vitae* » au point de se transformer en véritable loque, il se laisse aller à une intoxication morphinique à faible dose, dans un pays où les nouvelles lois répressives sont très sévères. L'autorité publique lui demande compte des ordonnances de morphine qu'il signe ; bien qu'il soit directeur d'une clinique chirurgicale, le procureur juge qu'il est en forfaiture et se décide à le faire arrêter avec l'intention de l'incarcérer, comme on le fait pour les toxicomanes, dans un asile-prison créé à cet effet. Le jeune chirurgien s'enfuit en France, demande conseil au docteur Legrain qui nous le confie. Deux ans auparavant il avait fait une cure au sanatorium de Boulogne : il s'agit donc d'une récidive.

Il est facile de sevrer en 8 jours des 0 gr. 15, pris chaque jour cet homme jeune et vigoureux ; il se soumet à une cure d'isolement de 2 mois, cure à la suite de laquelle nous signons, avec le doc-

teur Legrain, un certificat affirmant qu'il a toutes chances de rester guéri.

Il retourne en Belgique, produit notre certificat, entre volontairement, pour le confirmer, dans une maison spécialisée. Une commission de psychiatres assermentés constate la guérison actuelle, mais craint, étant donné les antécédents et la proximité de la dernière cure, une nouvelle rechute. L'avocat du malade apprend que le procureur est décidé à mettre ce dernier à l'asile-prison. Le patient s'évade à nouveau, revient à Paris ; désespéré à l'idée de ce qui l'attend dans son pays, il remue ciel et terre pour s'enquérir des possibilités d'installation en France. Sa femme et ses quatre enfants sont restés dans son pays ; il tente d'y retourner ; arrêté à la frontière, il est bel et bien incarcéré.

Le 1^{er} janvier 1936 nous avons reçu de lui une lettre nous annonçant sa guérison persistante, malgré « l'épreuve décisive de la vie courante depuis un an ». Nous en concluons qu'il a été remis en liberté plus tôt que ne le laissait supposer la rigueur judiciaire. Il insiste sur les efforts continus encore nécessaires pour se maintenir, mais il manifeste un solide optimisme.

OBSERVATION V (*personnelle*)

Morphinomanie chez une cyclothymique. Cures très écourtées. Rechutes.

M^{me} X, femme de médecin, âgée de 48 ans, a fait trois cures de désintoxication à la maison de santé, respectivement en 1924, 1934, 1935.

Elle a commencé à prendre de la morphine en 1916, à la suite de chagrins intimes ; seule en Amérique où elle travaillait pour le compte d'une maison de modes parisiennes, elle a écouté les conseils pressants d'une prosélyte, et s'est laissée aller, après avoir tâté du pantopon qui provoquait chez elle un état nauséux, à prendre de la morphine ; celle-ci avant la guerre pouvait s'acheter, suivant l'expression même de la malade : « comme du sucre chez l'épicier ». Les doses montent progressivement à 0 gr. 12 par jour.

A l'un des voyages qu'elle faisait périodiquement en Europe pour établir la liaison avec la maison mère, la malade consulte ; vu le peu

de temps dont elle dispose, nous la faisons descendre au 0 en 10 jours, et elle repart 5 jours après en bonne voie de rétablissement.

Au bout de 6 ans, en proie à de nouveaux soucis, elle reprend de la drogue à doses minimales : (0 gr. 06. 0 gr. 07 au maximum par jour). Entre temps elle a épousé un médecin de campagne ; c'est lui qui nous l'envoie pour un deuxième sevrage, en 1924 ; elle reste toujours trop peu de temps : trois semaines cette fois. Un an après, désœuvrée, s'ennuyant dans sa campagne, elle retourne au toxique à l'insu de son mari à qui elle le dérobe ; elle en obtient également par l'intermédiaire d'un médecin voisin, toxicomane lui aussi ; et, c'est à l'insu de son mari, en invoquant un prétexte quelconque, qu'elle vient en mars 1936 passer quinze jours à la maison de santé après avoir essayé de se sevrer elle-même sans avoir pu descendre au-dessous de 0 gr. 02 par jour. Cette cure, beaucoup trop courte comme les précédentes, ne sera sans doute pas la dernière.

OBSERVATION VI

Morphinomanie chez un médecin cyclothymique.

De 1903 à 1932, le docteur X, est venu une douzaine de fois nous prier de le sevrer d'habitudes morphiniques ayant débuté à la suite de chagrins intimes : situation matérielle difficile, plusieurs enfants à élever. Le confrère, journaliste de talent, médecin de plusieurs grandes administrations, a pris de la drogue à la fois pour adoucir la tristesse de son désastre familial et pour faire face aux obligations ainsi qu'aux dépenses de force que nécessite sa situation médicale.

X. ne dépasse pas 0 gr. 06 à 0 gr. 08 par jour. Quand il atteint cette dose, il se précipite à la maison de santé pour se faire sevrer.

Sobre, vivant en grande partie de laitage, il approche aujourd'hui de 70 ans et conserve une activité encore importante ; il n'est pas retombé depuis 1932.

X. est très nettement un cyclothymique ; s'il est entré dans l'intoxication une première fois à la suite de gros troubles normaux, il a, depuis, refait sa vie deux fois ; c'est dans les

périodes où il sentait venir l'insomnie, l'aboulie, qu'il demandait à la morphine le calme et l'allant nécessaires à sa besogne professionnelle.

OBSERVATION VII

Morphinomanie chez une psychopathe périodique à prédominance hypomaniaque, érotomane et perverse.

M^{me} X., âgée de 36 ans, entre à la maison de santé en 1917. Elle est la femme divorcée d'un médecin militaire, ancien colonial, petit fumeur d'opium, qu'elle avait épousé à 16 ans.

De tempérament toujours subexcité, elle a mené dans les diverses garnisons une vie tellement peu exemplaire qu'elle était partout une cause de scandale. Elle a une fille, enfant naturel d'un confrère civil d'une de ces garnisons.

A travers ses phases d'hypomanie elle a de temps en temps de courtes crises dépressives avec tristesse, découragement, remords ; mais elle a lu que l'opium est le traitement de choix des états dépressifs, et elle va d'emblée à la morphine, élevant les doses assez rapidement jusqu'à un demi-gramme quotidien en 10 à 12 piqûres. Elle nous est confiée par un homme de lettres parisien rencontré dans les fumeries d'opium qu'elle fréquente assidûment.

Nous faisons le sevrage en 15 jours. Il se passe sans gros incidents ; elle est relativement raisonnable dans ses manifestations névropathiques. Mais quelques jours après le 0 éclate un érotisme incendiaire qui rend très délicates les visites du personnel médical. La malade rentre chez elle deux mois après le 0 toxique, reprend sa vie de demi-femme de lettres et d'artiste (elle s'adonnait à la peinture), et aussi sa vie d'érotisme inassouvi. Deux mois après son départ (elle était revenue toutes les semaines faire constater l'efficacité de sa cure), un soir vers 10 heures l'un de nous reçoit un appel téléphonique affolé, un véritable « S. O. S. ». Il se rend chez elle, la trouve excitée, vêtue comme une Orientale parée pour le plaisir, dans un grand salon préparé pour la fumerie d'opium : divans, peaux de bêtes magnifiques, pipes, rien ne manquait. L'intention était évidente et le médecin cherche à se retirer ; elle avait fermé toutes les issues, et répétait « ou vous passerez la

nuit ici, ou je reprendrai de la morphine ». Après très longue discussion, seule la menace de crier par la fenêtre la fléchit, et elle finit par ouvrir la porte.

Elle a malheureusement plus de succès une autre fois avec un jeune assistant russe, de caractère faible, et cinq semaines après ils partaient tous deux pour Nice où elle avait fondé une maison pour désintoxication dans un cadre magnifique. Nous ne savons pas exactement ce qui s'est passé ; toujours est-il que M^{me} X au bout de quatre mois ramenait le corps du jeune médecin et le faisait inhumer à ses frais. Par les lettres de celui-ci, nous avions compris que les délices de Capoue le conduisaient rapidement au tombeau.

L'érotomanie de M^{me} X. était fonction, non de la morphinomanie qui émousse plutôt le désir sexuel, mais du psychisme hypomaniaque.

OBSERVATION VIII

Morphinomanie chez une psychopathe périodique à prédominance dépressive et à manifestations hystériques.

M^{me} X., âgée de 28 ans, femme d'un homme politique étranger, mère de 3 enfants, entre à la maison de santé en 1910, venant de Suisse où elle avait tenté dans trois établissements médicaux une cure de désintoxication (elle prenait 2 grammes de morphine par jour depuis 4 ans). De la première elle s'est évadée quand on a commencé à restreindre la drogue. De la deuxième elle s'est sauvée par la fenêtre pendant la nuit, se fracturant le cou-de-pied. Avant d'aller en Suisse M^{me} X avait fait le tour de bien des maisons de santé parisiennes, où elle avait échappé à tout sevrage ; chaque fois qu'on diminuait la drogue, c'était une scène de folie furieuse, et un tel scandale qu'on la laissait partir.

M^{me} X est amenée par son mari profondément découragé. Elle est très pâle, très maigre, à peu près muette, et un sourire ironique erre sur son visage à l'idée qu'on pourrait, après tant d'échecs, prétendre la délivrer de sa misère.

Nous prenons nos précautions habituelles : isolement strict, alitement absolu, régime lacto-fruito-végétarien, purgations quoti-

diennes, surveillance diurne et nocturne sans fissure. Nous décidons de faire une cure lente ; et pour passer de 2 grammes au 0, nous mettons 35 jours en descendant très vite à 0 gr. 20 par jour ; pour tomber de 0 gr. 20 à 0 nous allons pas à pas, centigramme par centigramme, en coupant la chute de paliers de 2 ou 3 jours.

Jusqu'à 0 gr. 10 le sevrage avance sans trop de heurts. A partir de ce moment nous faisons deux piqûres par jour (une toutes les 12 heures) ; alors éclate une série de crises d'hystérie, avec hurlements affreux, « la morphine ou la mort », et refus d'aliments (on emploie la sonde). On arrive tant bien que mal à 0 gr. 04 pro die. A partir de ce moment, ce sont de véritables crises de manie furieuse ; cette femme déprimée à l'allure si douce devient un véritable tigre qui en rugissant nuit et jour se jette sur ses garde-malades, brise tout ce qui lui tombe sous la main, casse les carreaux, essaie de se couper les veines... à tel point que découragés à certains jours par la lutte acharnée, après une scène plus violente encore nous décidons de rendre la malade à son mari qui attend à Paris le résultat de la cure.

Quand elle l'apprend, c'est un déchainement effroyable ; elle refuse de se vêtir et l'un de nous, aidé d'une infirmière, l'emporte, roulée dans une couverture, sous une abondante chute de neige. Dans l'après-midi du même jour le malheureux mari ramène sa femme repentante et calmée, et en 48 heures nous effectuons un sevrage sans incidents. 48 heures après la malade s'alimente ; bientôt elle reprend mine et poids ; la convalescence suit un cours normal. Au bout de deux mois la patiente nous quitte, après un magnifique rétablissement physique ; mais elle ne veut plus retourner auprès de son mari ni surtout au Brésil, tant elle a peur de retomber. Deux mois de persuasion et d'autorité sont nécessaires pour la décider.

Cette observation montre l'importance, chez cette jeune femme, du terrain psycho-névropathique qui s'est manifesté par de la dépression avec panphobie ; qui enfin, comme tous les états hystériques, a fini par subir la fermeté inébranlable, et une fois vaincu a eu peur de se soustraire à l'autorité. Le mari avait cédé toujours aux moindres caprices de sa femme, et en ce faisant cultivé son état morbide. Pour

nous remercier il nous fit cadeau d'une réplique en bronze d'une de ses sculptures : « L'éphèbe qui s'ôte une épine du pied. »

OBSERVATION IX

Morphinomanie menant à des actes délictueux.

M^{me} X, femme de médecin, âgée de 45 ans, entre à la maison de santé en 1924, amenée par son mari qui occupe une situation officielle dans une grande ville du Centre.

Forte et bien constituée, elle n'a cependant pas eu d'enfants. Après avoir reçu de la morphine à deux ou trois reprises en traitement de crises hépatiques, cette coenesthopathe déprimée, légèrement hypochondriaque, qui mène une existence monotone et désœuvrée, s'est laissée aller à en reprendre, il y a cinq ans, à l'insu de son mari, sans dépasser la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 par jour. Pour cela, sur du papier à en-tête médical, elle fabriquait suivant les règles une ordonnance qui lui permettait d'obtenir chez les divers pharmaciens de la ville les doses qu'elle désirait.

Elle fut amenée à cesser ses habitudes de la façon suivante : le préfet du département fit un jour appeler son mari qui était chef du service d'hygiène et lui montra les ordonnances faites en son nom ; ahurissement du confrère qui reconnaît l'écriture de sa femme et qui tout d'un coup apprend et l'intoxication et la supercherie employée à ses dépens.

Nous gardons la malade deux mois et demi ; sevrage de dix-huit jours sans incident, retour progressif du sommeil après le premier septenaire qui a suivi le « 0 » toxique ; l'état général se modifie et comme toutes ces malades, celle-ci sort au bout de deux mois transformée et rajeunie (nous insistons sur ce dernier point). Pendant quelques années nous avons eu de ses nouvelles ; la guérison s'était maintenue.

Cette observation montre l'action néfaste de la toxicomanie du point de vue moral, et qu'une femme bien élevée appartenant à un milieu honorable a pu s'abaisser jusqu'à commettre des faux propres à compromettre la réputation de son mari, pour se procurer la drogue.

OBSERVATION X

Morphinomanie chez un sujet jeune et robuste. Sevrage par suppression brusque.

M. X., âgé de 25 ans, fils de colonel, étudiant en médecine et interne dans une maison départementale, entre à la maison de santé en 1907.

Ce jeune homme, par dilettantisme et surtout par contamination au quartier latin dont il fréquentait plus volontiers les brasseries que les facultés, avait une maîtresse morphinomane. Cette dernière l'a piqué (notons une fois de plus les prosélytisme des toxicomanes). Les examens restent en panne, le colonel arrache son fils à Paris, et le fait entrer comme interne dans un asile de province. Là, ayant la pharmacie à sa disposition, le sujet non seulement continue à se piquer, mais augmente les doses jusqu'à 3 grammes par jour, tant et si bien qu'il tombe dans un abrutissement qui l'empêche d'accomplir sa besogne, état qu'aggrave encore l'absorption de trois ou quatre absinthes quotidiennes.

On nous l'amène aux fins de le désintoxiquer. Le père est pressé, le fils qui a été fortement secoué veut donner une preuve d'énergie à sa famille, et il nous prie instamment de lui faire une suppression brusque, à la manière allemande.

Malgré le danger exposé à la famille, celle-ci insiste, le sujet est jeune et robuste, nous consentons.

Nous prescrivons une purgation énergique et 2 litres 1/2 de café au lait très sucré par jour ; impossible d'obtenir l'alitement.

A partir de la 12^e heure : énervement, agitation, bâillements, éternuements, vomissements, transpiration, apparaissent et s'intensifient ; vers la 24^e heure, nous assistons à une véritable crise maniaque avec délire des actes : le malade s'agite, se déshabille, saute les bancs du jardin, crie, chante, siffle, hurle ; il reste malgré cela très conscient et refuse catégoriquement toute aide sous forme de piqure. Nous lui donnons des bains prolongés, nous le faisons boire, nous surveillons son pouls qui d'abord tombe à 38 puis remonte à 100, tout en restant régulier. Le malade accepte une injection d'huile camphrée. Vers la 30^e heure l'orage s'apaise. Entre la 36^e et la 40^e heure, le malade se couche, repose sans dormir, le vi-

sage très fatigué ; mais le poulx est bon, la faim commence à se faire sentir.

Les suites sont normales ; au bout d'un septenaire le patient retrouve 4 heures de sommeil ; la faim est dévorante ; dans le mois passé à la maison de santé le poids remonte de 5 kilogrammes. Ce séjour un peu court se termine sur la promesse formelle de ne pas retomber. Nous n'avons pas eu de nouvelles depuis lors.

Cette suppression brusque, par le spectacle dramatique qu'elle nous a offert, nous a engagés, d'une façon définitive, à ne plus en user.

OBSERVATION XI

Morphinomanie chez un médecin émotif et déprimé. Rechutes annuelles pendant 17 ans. Mort par asystolie.

Le docteur X, confrère parisien, installé et marié dans une grande ville du centre, à la suite de grands ennuis conjugaux, divorça, ce qui lui attira certaines difficultés matérielles et morales. Il quitta son poste pour venir chercher à Paris, dans un quartier ouvrier, une situation nouvelle. Plein de distinction intellectuelle, émotif, aboulique, il conçut un vif chagrin du drame qui l'avait contraint à quitter une situation brillante, et à se refaire, au prix d'efforts considérables, une clientèle dans une région totalement nouvelle. Il demande à la morphine un adoucissement à son chagrin, et un tonique lui fournissant l'énergie nécessaire pour courir dans son quartier populaire et monter chaque jour un nombre illimité de marches d'escalier (faire 40 visites dans le Paris ouvrier représente 130 à 150 étages). Très conscient du danger couru, notre confrère ne dépassait jamais la dose de 0 gr. 08 à 0 gr. 10 pro die. Il avait grand soin d'éviter toute boisson alcoolique, de prendre beaucoup de lait et de fruits ; malgré ces précautions il se sentait mal à l'aise, et c'est ainsi qu'il vint nous prier de le guérir ; sous le prétexte donné à sa clientèle d'une cure à Vittel, il passe un mois à la maison de santé (1905).

Il en sort transformé, engraisé, dormant bien, à tel point que les clients le félicitent, attribuant à Vittel sa résurrection. Il se croit

guéri. Mais quand vient l'hiver, les exigences d'une clientèle accrue le condamnent à un effort énorme, et quand il rentre le soir son foyer désert ranime ses regrets et ses souffrances. Il redemande à la morphine la consolation, et l'énergie de poursuivre sa tâche.

Pendant plus de dix-sept ans c'est un cycle infernal : guérison à chaque période de vacances, rechute aux brumes d'automne. Jamais il n'y a d'accident ; ne dépassant pas une dizaine de centigrammes par jour, avec un régime alimentaire favorable, le patient peut ne rien laisser transparaître. Il a cependant des tendances emphysémateuses que la morphine développe de façon considérable. Certaines années il ne peut attendre les grandes vacances, et se sentant plus fatigué il vient à Pâques passer trois semaines pour se faire supprimer 0 gr. 04 à 0 gr. 05 quotidiens ; il retarde ses grandes vacances pour venir en septembre faire une nouvelle cure. Son dernier sevrage a lieu en 1923 ; il se passe bien, comme de coutume ; nous le menons lentement au 0 ; l'emphysème, très accru, entraîne une oppression constante et retentit sur le cœur droit. Nous n'arrivons pas, malgré tous nos efforts, à le tirer d'une asystolie pulmonaire qui l'emporte en 15 jours.

OBSERVATION XII

Morphinomanie à rechutes chez une cyclothymique. Absès. Mort par septico-pyohémie.

M^{me} X, âgée de 45 ans, récidiviste de la morphine, est une demi-mondaine qui depuis des années s'adonne aux stupéfiants. A chaque crise elle dépasse le maximum précédent.

A l'entrée en maison de santé elle avoue 2 grammes par jour. Elle est amaigrie, vieille pour son âge, fébrile : 38°1. Nous la trouvons couverte de cicatrices d'abcès en cupule avec une peau vernissée et bleutée, et d'abcès gros comme des œufs de poule sur les parois latérales de l'abdomen et sur la face antéro-externe des cuisses ; nous les incisons et il en sort un pus fétide mal lié.

En 3 jours, nous ramenons les doses à 0 gr. 20 avec l'intention de descendre de là au 0 en 3 semaines à cause de la précarité de l'état général.

La malade est très docile, un peu obnubilée, et continue à avoir 38°4 tous les soirs ; le pouls est rapide, la langue très chargée ; des

abcès poussent rapidement, beaucoup plus gros ; ils ne sont pas sous-cutanés comme les précédents mais plus profonds ; il en sort de plus en plus de pus, et l'état général décline ; la température s'élève, revêtant un aspect irrégulier et s'accompagnant de grands frissons ; le graphique est caractéristique de l'infection purulente. Les signes généraux s'accroissent ; le cœur s'accroît en même temps qu'il devient plus sourd ; les urines se raréfient, l'inappétence est absolue ; des vomissements apparaissent. Le 28^e jour après l'entrée, la malade succombe en pleine infection.

Cette observation nous confirme dans l'opinion qu'un organisme saturé de morphine se sensibilise par une sorte d'anaphylaxie qui peut aboutir en raison des infections secondaires à un état de pyohémie toujours mortelle.

OBSERVATION XIII

Morphinomanie à abcès multiples se terminant par l'infection purulente et la septico-pyohémie.

M^{me} X, femme de médecin, prend depuis plusieurs années, à l'insu de son mari, de la morphine.

À la suite de coliques hépatiques, on lui avait fait, à trois ou quatre reprises, des piqûres calmantes, puis tout avait paru rentrer dans l'ordre. Cependant la malade était revenue spontanément, sans rien dire, à la drogue dont elle prenait 0 gr. 50 pro die ; dans les jours qui ont précédé son entrée, contrainte à s'aliter, elle a dû avouer à son mari ses habitudes toxicomaniaques.

Nous sommes d'emblée frappés par son amaigrissement, son teint terreux, cadavérique, sa peau chaude ; elle a 38°. Le tronc, la face antéro-externe des cuisses sont couverts de cupules violacées (stigmates d'abcès ouverts), et de 15 à 20 petits dômes indolents et fluctuants, sans rougeur ; abcès typiques, tels qu'il s'en produit souvent chez les malades arrivés à saturation toxique, malgré l'asepsie des injections ; véritable anaphylaxie morphinique.

Une douzaine d'entre eux, ouverts le soir de l'arrivée, laissent échapper un liquide ichoreux, un pus fétide mal lié. Le lendemain, des abcès semblables ont poussé en quantité, comme des champi-

gnons après la pluie ; nouvelles incisions ; mais cette fois, contrairement à ce qui a lieu d'habitude, la température monte à 39°, la malade a des frissons. Nous prévenons le mari, et le médecin, le docteur ARNOULD. Un abcès beaucoup plus important que les autres apparaît dans la région antéro-latérale de la cuisse. L'extension des abcès et leur multiplication, parallèles à l'élévation de la courbe fébrile, nous font redouter une infection purulente ; le pouls est rapide, la langue sèche, les yeux sont excavés. Le professeur MARION, appelé d'un commun accord, prévoit la possibilité d'une évolution pyohémique. Le gros abcès de la cuisse ne se limitait pas à la surface comme les abcès morphiniques ; c'était un phlegmon à tendance diffuse s'étendant sous le droit antérieur. Après une longue incision, il est drainé ; malheureusement 24 heures après, selon les prévisions, apparaît un frisson suivi d'un clocher à 41° qui se maintient 1 heure, puis retombe à 38°4 pour remonter 3 ou 4 heures après. La pyohémie est déclarée, les plèvres se prennent, et la malade succombe en 4 jours, après avoir subi des écarts de température considérables.

OBSERVATION XIV

Morphinomanie chez un déprimé constitutionnel. Mort par broncho-pneumonie.

M. X., employé des postes, âgé de 54 ans, a eu dans sa jeunesse une pleurésie séro-fibrineuse qui l'a laissé assez fragile ; il tousse beaucoup l'hiver. Son médecin lui a donné à plusieurs reprises de l'opium en gouttes de diverses couleurs et sous forme de codéine. Comme il reste toujours asthénique, avec une crainte hypochondriaque de ne pouvoir assurer ses fonctions, il se laisse prendre au prosélytisme morphinique. Pendant assez longtemps il se tient aux faibles doses, sous le contrôle de sa femme mise dans la confidence et qui comme lui est émerveillée de son changement d'humeur et de son allant nouveau. Malheureusement, comme il était inévitable, le patient augment les doses, par besoin autant que par désir de retrouver une euphorie qui s'émousse ; devant les remontrances de sa femme il accepte une dose officielle, et, avec la duplicité inhérente à son état, il la double clandestinement, jusqu'au jour où, en raison de la disparition du bien-être et aussi du besoin qui

l'a peu à peu remplacé, enfin en raison de l'aboulie, de l'apathie, du désintérêt de toutes choses qui accompagnent la plupart du temps les intoxications à haute dose, il est obligé d'avouer. C'est ainsi qu'il nous est adressé par son médecin.

A l'entrée, il prend 0 gr. 80 par jour en une douzaine de piqûres. Il paraît beaucoup plus âgé qu'il ne l'est. Il existe de l'œdème mal-léolaire, une constipation opiniâtre, un foie petit, un cœur rapide mais régulier, des urines rares, urobiliniques, légèrement albumineuses ; enfin des signes nets de bronchite chronique avec emphy-sème. La température s'élève légèrement le soir.

L'âge, le mauvais état général, nous font renoncer par prudence à la démorphinisation rapide ; pour éviter un gros choc nous met-tons 3 semaines pour descendre au 0 ; descente classique, sans inci-dent ; 36 heures après le 0, les phénomènes d'énervement et d'irri-tabilité ont disparu ; seule persiste l'insomnie avec une grande fatigue.

Nous gardons le malade au lit 8 jours après le sevrage, puis il se lève 3 ou 4 heures chaque jour. Environ 15 jours après le 0, le malade se plaint d'un point de côté avec oppression vive et cé-phalée ; il à 39°, et l'auscultation fait percevoir des râles fins dans la région médio-dorsale droite ; nous redoutons en raison du passé pulmonaire un réveil morbide qui malheureusement se précise rapi-dement.

La zone des bruits adventices s'élargit, devient soufflante ; l'op-pression augmente ainsi que la fatigue et la prostration ; la courbe thermique très irrégulière se maintient entre 39° et 40°. Les crachats rares au début deviennent purulents et rouillés. Le 18^e jour le malade s'éteint.

Détail tragi-comique ; la femme du patient, que l'état de son mari rendait très malheureuse, anticipant l'« exitus » de ce dernier, avait fait envoyer quatre jours auparavant à la maison de santé deux superbes couronnes mortuaires que nous n'avions pu refuser, et et que nous avons dû garder jusqu'au décès.

OBSERVATION XV

Morphinomanie chez un tuberculeux. Mort par broncho-pneumonie.

Le docteur X, âgé de 35 ans, entre en 1905 à la maison de santé. Installé depuis quelques années dans la banlieu parisienne, il a

subi jadis une poussée de tuberculose enrayée au début. Son métier est très dur ; la fatigue, l'asthénie, l'insomnie, les préoccupations, tout cela le pousse vers la morphine. Il espère trouver dans de petites doses une stabilisation pour son émotivité en même temps qu'un tonique lui permettant de faire face aux nécessités professionnelles. Naturellement, malgré ses efforts, il a augmenté les doses et atteint en quelques mois 1 gr. 50.

A l'entrée nous lui expliquons le danger particulier de l'usage de la morphine en raison de son passé pulmonaire, en même temps que l'écueil qu'une démorphinisation rapide peut constituer pour les les mêmes motifs (il a des signes croisés du sommet et une fièvre vespérale). Il est convenu que nous mettrons un minimum de 3 semaines à le faire passer au 0, de manière à ne pas trop restreindre son alimentation, ce qu'on est toujours obligé de faire dans les démorphinisations rapides pour éviter des souffrances au malade. Il est également entendu que le professeur BEZANÇON, son maître, sera appelé en cas d'alerte pulmonaire.

Désintoxication et sevrage se passent sans gros incident ; 36 h. après le 0, le malade se sent seulement très las, bien que gardant systématiquement le lit. Brusquement apparaît un point de côté avec température à 39°5, et un foyer congestif unilatéral avec râles fins au-dessous de l'omoplate. Le lendemain : toux, oppression, température oscillante, 38°7 le matin, 39°7 le soir. Le professeur BEZANÇON confirme notre diagnostic de broncho-pneumonie et réserve nettement le pronostic en raison des antécédents.

La maladie s'étend à l'autre poumon, la température monte à 40°, le malade est oppressé, couvert de sueur, la toux est pénible ; malgré les efforts thérapeutiques, il succombe.

Cette fin tragique illustre l'action phtisogène de la morphine, ou tout au moins son rôle dans le réveil d'une tuberculose ancienne, rôle que nous eûmes l'occasion de constater à plusieurs reprises (obs. XVI), et à peu près dans les mêmes conditions.

Chez tous nos malades, tuberculeux ou non, nous avons pu noter l'action décalcifiante de la morphine : dents cariées ou ramollies, fractures au moindre choc. De plus, nous pouvons souligner ici la coexistence si fréquemment rencontrée du

terrain tuberculeux non seulement avec la démence précoce, mais avec toute forme de psychonévrose, notion de fait qui demanderait à être étudiée de près et dont la connaissance plus approfondie sera peut-être dans l'avenir riche de conséquences.

OBSERVATION XVI

Démorphinisation d'un paralytique général.

Le marquis de X, âgé de 42 ans, ancien officier, entre en 1903 à la maison de santé, prenant quotidiennement en plusieurs piqûres, une moyenne de 0 gr. 50 de morphine.

A l'arrivée, il a un aspect congestif, une parole embarrassée, des troubles de la sensibilité, à tel point que nous pensons à un état d'ébriété accentuée ou à une maladie organique en évolution.

Il se prête à la cure, mais l'euphorie quasi-ébrieuse persiste pendant plusieurs jours, et à mesure que nous diminuons et supprimons la morphine (en 1 semaine) l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire, l'exagération inégale des réflexes, la légère tendance mégalomaniacale, l'inconscience et l'indifférence nous font pencher de plus en plus vers le diagnostic de paralysie générale. De plus, la diminution du toxique n'amène pas les réactions de besoin, d'énervement que l'attente provoque à l'heure habituelle de la piqûre. L'insensibilité physique marche de pair avec l'insensibilité morale ; le sevrage passe inaperçu ; l'appétit lui-même ne diminue pas, le sommeil est excellent. Les douleurs qui avaient légitimé sans doute la prise du calmant ne se réveillent pas comme elles le font chez les tabétiques, réveil qui rend très douloureux et parfois impossible le sevrage.

Huit jours après le 0, X, qui fait montre d'un appétit dévorant et d'une euphorie extrême laisse voir les signes physiques les plus nets de la paralysie générale au début. La suppression morphinique s'est passée dans le silence le plus complet, et ces signes n'eussent-ils pas existé, nous aurions pensé que malgré toutes les précautions le malade avait trompé notre surveillance.

Six mois après son départ nous avons appris sa mort, consécutive à une chute de cheval, liée peut-être à un ictus.

OBSERVATION XVII

Morphinomanie chez un tabétique. Supercherie au cours du traitement. Mythomanie.

M. X, employé de commerce, âgé de 56 ans, entre à la maison de santé en 1909, prenant 1 gr. 50 de morphine par jour depuis plusieurs mois pour combattre les douleurs fulgurantes et surtout les crises gastriques d'un tabes en évolution. Il y a réussi, mais il vit dans un engourdissement perpétuel qui le rend incapable de continuer à travailler, ce qui constitue un désastre pour son modeste ménage.

Toutes les précautions habituelles ont été prises dès l'entrée : isolement, alitement, fouille complète. Le malade supplie seulement d'être autorisé à prendre du bicarbonate de soude qui, par cuillerées à soupe, calme seul, après la morphine, les douleurs que le sevrage, selon lui, va faire réapparaître. Dans ce but, il nous prie de lui laisser, après l'avoir bien entendu examinée, une grande boîte de bois de 25 centimètres sur 12 environ et qui contenait, comme nous le constatâmes, 300 grammes environ de bicarbonate.

Le sevrage est entrepris, et mené lentement en raison du tabes évident. Plus nous approchons du 0, plus le malade est assoupi, réaction si paradoxale que nous soupçonnons une supercherie. Le bicarbonate avait été remplacé déjà deux fois. Nous faisons venir la femme et l'un des enfants du patient, les prévenant, en sa présence, que malgré tous nos efforts il prend de la morphine — sursaut de sa part, il bondit du lit, lève la main dans l'attitude du serment et jure sur la tête de sa femme et de son fils qu'il n'a pas cherché à tromper notre surveillance. Ce geste magnifique bouscule la table de nuit, fait tomber la fameuse boîte qui se brise, révélant un double fond contenant 30 grammes de morphine.

Après cet incident la cure suit un autre cours, et le malade nous quitte au bout de six semaines, ayant repris du poids, et sans que son tabes ait donné la moindre inquiétude pendant la durée de son séjour.

OBSERVATION XVIII

Démorphinisation d'un médecin atteint d'un anévrysme aortique.

Le docteur X, âgé de 52 ans, veuf sans enfants, exerce en province. Une syphilis ancienne a entraîné une aortite avec dilatation aortique et des douleurs précordiales qui gênent son activité professionnelle. Il prend de la morphine, d'abord à petites doses ; puis en 6 mois il atteint 0 gr. 40 par jour, en 4 injections. Il ne souffre plus, il a une activité encore grande, mais sa dyspnée douloureuse à l'effort l'amène à Paris consulter son maître le docteur LANCEREAUX. Celui-ci confirme la lésion aortique et conseille de ramener progressivement la morphine au 0.

X rentre chez lui ; il a lu, dans certains périodiques, que la spartéine est un excellent antidote de la morphine, et permet de supprimer celle-ci. Tout en poursuivant l'exercice de sa profession il substitue la spartéine à la morphine, centigramme par centigramme, si bien qu'au bout de quelques mois il prend journellement 0 gr. 35 de spartéine et 0 gr. 05 de morphine, avec des oscillations inverses de ces doses suivant l'effort à fournir.

Il ne peut aller plus loin, et le docteur LANCEREAUX conseille un sevrage définitif.

Le malade entre à la maison de santé en 1903. Nous l'examinons très attentivement, et au lieu et place d'une simple dilatation aortique avec insuffisance, nous trouvons deux foyers de battements, une matité aortique très développée, une surélévation de la sous-clavière, un pouls qui n'est plus synchrone avec son symétrique, un souffle doux dans le premier espace intercostal droit, enfin, une inégalité pupillaire ; la voix est bitonale.

Nous pensons à un anévrysme aortique. Avant d'entreprendre la cure nous voulons avoir confirmation du diagnostic ; notre confrère va voir le docteur LANCEREAUX qui, tout en étant de notre avis, persiste à conseiller la désintoxication prudente.

Le malade, très courageux et talonné par le temps, demande une suppression radicale de la morphine et de la spartéine et il nous prie de faire un sevrage rapide dont il prend la responsabilité. En quelques jours il descend ou 0, supportant avec courage les douleurs et l'énervement.

Trois semaines après, débarrassé de ses toxiques et ayant retrouvé le sommeil, notre confrère rentre chez lui, quitte sa clientèle pour s'installer comme oto-rhino-laryngologiste dans une petite ville du Centre où il survit deux ans sans avoir repris de morphine, se faisant injecter du sérum gélatiné, traitement des anévrysmes aortiques à l'époque. Nous avons appris peu après sa mort subite.

OBSERVATION XIX

Démorphinisation d'un hémophile.

M. X, âgé de 35 ans, entre en 1910 à la maison de santé, prenant 0 gr. 60 de morphine par jour en plusieurs piqûres, depuis quelques mois. Il est atteint, depuis l'enfance, d'un état d'hémophilie pour lequel il a consulté tous les maîtres parisiens. Membre du service d'honneur d'un prince, il passe sa vie en allées et venues dont la fatigue aurait, d'après lui, légitimé l'emploi de la drogue. Qu'allait produire le sevrage en pareil cas ? Nous prévenons le malade de ses complications possibles, mais il insiste pour l'obtenir. Nous arrivons au 0 en deux septénaires sans hémorragie ; nous remarquons même que la zone ecchymotique des injections diminue de surface à mesure que les doses elles-mêmes diminuent. Le sommeil revient durant 4 à 5 heures chaque nuit, 3 semaines après le 0. Nous ne fîmes pas, à notre grand regret (le malade s'y étant opposé), d'examen de sang avant et après le sevrage.

Deux mois après la sortie qui avait eu lieu 6 semaines après le 0 toxique, le jeune homme n'était pas retombé, et son état général était meilleur ; il n'y avait pas eu de rechute hémophilique.

Cette observation montre que la morphine ne semble avoir eu aucune influence sur l'hémophilie.

OBSERVATION XX

Morphinomanie intermittente, à faible dose, ayant duré 50 ans sans entraîner de perturbation propre à entraver l'activité.

Le docteur X., âgé de 79 ans, a fait depuis 1902 six séjours à la

maison de santé pour se faire démorphiniser. Il prend par périodes, depuis près de 50 ans, en injections sous-cutanées, de la morphine à petites doses. Il n'a jamais dépassé quelques centigrammes pro-die (cinq ou six au maximum), et quand le besoin devenait trop impérieux et qu'il se sentait débordé, il venait faire une cure de sevrage courageusement supportée, après laquelle il restait plusieurs mois ou plusieurs années guéri.

Cet homme actuellement âgé de 80 ans exerce encore sa profession avec une régularité parfaite ; il occupe des fonctions officielles et personne, dans son entourage immédiat, hormis sa femme, ne se doute que cet intelligent et beau vieillard se pique à la morphine.

Il est tombé dans cette habitude parce que, contraint d'assurer un labeur considérable du fait d'une importante clientèle, une période dépressive l'avait conduit d'instinct au toxique. D'une sobriété exemplaire, il n'avait jamais pris ni vin ni alcool, ni fait d'excès d'aucune sorte. Pendant les périodes d'intoxication il avait soin d'user largement du sulfate de soude, et de suivre un régime surtout fruito-végétarien, hypoazoté. Les rechutes étaient toujours amenées par une surcharge de besogne à laquelle notre confrère tenait à honneur de faire face sans fléchir.

Les deux derniers sevrages à la maison de santé remontent au printemps de 1932 et à l'été de 1934. Nous l'avons revu cet hiver, non pas comme malade mais comme médecin, déployant une activité magnifique et d'allure tout-à-fait normale, n'ayant plus repris de drogue et supportant sans déficience aucune le poids des ans.

Cette observation, montre qu'un usage très ancien de la morphine prise par intervalles et à doses très modérées chez un homme sobre et prudent par ailleurs, est compatible avec une longue existence, sans entraîner aucun trouble.

OBSERVATION XXI

Morphinomanie de 45 ans ayant masqué une psychose périodique typique apparue après sevrage.

M^{me} X, âgée de 61 ans, entre à la maison de santé en 1916. Infirmière-major dans un hôpital militaire de l'arrière, elle vient de

perdre son fils à Verdun. Profondément triste, très fatiguée, amaigrie, cyanosée, elle nous confie qu'elle prend de la morphine depuis l'âge de 16 ans, c'est-à-dire depuis 45 ans ; qu'elle est à bout, et que si nous ne la tirons pas de sa triste situation il ne lui reste plus qu'à se suicider.

Fille d'un amiral, fine et distinguée, elle a épousé à 25 ans un officier d'artillerie, et pu mener une vie conjugale que ses habitudes toxicomaniaques n'ont pas troublée, son mari ne s'en étant jamais aperçu. Dans cette période de sa vie (de 17 à 40 ans), les doses de morphine ne dépassaient pas 0 gr. 04 à 0 gr. 05. Elle a pu concevoir et mettre au monde vers sa 40^e année un fils bien portant qui a mené une vie normale, est entré à Saint-Cyr, et a été tué à 21 ans à Thiaumont.

M^{me} X, avait perdu son mari de tuberculose pulmonaire quelques semaines avant la guerre ; à ce moment, elle avait augmenté ses doses, jusqu'à 0 gr. 30 par jour. Dès le début de la guerre elle avait pris du service dans les hôpitaux de la Croix-Rouge, et pu assurer, malgré sa toxicomanie, des soins réguliers. La mort de son fils unique fut un coup terrible ; elle fut hantée par le désir de mourir, de se tuer. Elle augmenta les doses (ce qui lui était particulièrement facile à l'hôpital), prenant de juillet à octobre 1916 1 gr. 50 de morphine pro die en huit à dix piqûres.

Lors de l'entrée elle est donc amaigrie, couverte d'abcès et de cicatrices d'anciens abcès ; la peau des cuisses, des bras et avant-bras, des régions rétro-trochantériennes, est considérablement épaissie et comme tatouée de points bleus, traces des injections faites sans arrêt depuis 45 ans. Aucun organe, malgré cette intoxication prolongée mais restée unique, n'a été profondément touché ; le cœur est normal, la tension aussi ; les poumons sont emphysémateux ; les urines contiennent, comme chez tout morphinomane à l'entrée, des traces d'albumine qui disparaissent après sevrage. Ce dernier est effectué très lentement en raison de l'âge de la malade et de la longue durée de l'intoxication ; un mois pour passer au 0 toxique. Les suites ont été normales ; le sommeil naturel qui en règle générale revient après la 3^e semaine a mis plus longtemps à se rétablir ; mais enfin après 2 mois la malade dort 3 à 4 heures par nuit. L'état général se remonte lentement.

M^{me} X n'a plus de famille. Elle ne veut plus quitter, autant par crainte de la rechute que par horreur de la solitude, la maison de

santé où elle a retrouvé un équilibre perdu depuis l'adolescence. Elle reste donc dix ans à notre maison de convalescence sans toucher à l'opium. L'observation de Mme X pendant ces dix années nous permet de noter, chez cette personne alors débarrassée de tout toxique, un état cyclothymique caractéristique qui évolue périodiquement sous nos yeux. Pendant 6 mois de l'année elle garde le lit, triste, découragée, pessimiste, s'alimentant difficilement ; sans aller jusqu'à la sitiophobie complète elle se comporte, malgré son âge, comme une jeune anorexique à surveiller étroitement aux repas. Elle a, en outre, des crises de larmes, des ébauches de crises hystériques avec des idées de jalousie vis-à-vis des autres malades. Ces phases dépressives durent généralement du début de l'automne au début d'avril. D'avril à juin l'équilibre de santé s'établit et se maintient à peu près bien ; puis les premières chaleurs amènent un état d'hypomanie au cours duquel se manifestent une activité brouillonne et déplacée, des sentiments exagérés d'affection ou d'antipathie vis-à-vis des autres habitants de la maison, à tel point que, quand à la fin de septembre cet état cède en 24 heures à une crise dépressive, malades et personnel en viennent à pousser un soupir de soulagement.

Madame X. est morte à 72 ans d'une broncho-pneumonie pendant une phase dépressive qui, en raison de son anorexie, avait profondément miné sa résistance.

Cette malade, suivie quotidiennement pendant 44 ans, nous a donné la preuve, après son sevrage toxique, que la morphinomanie avait été chez elle un épiphénomène greffé sur une psychose périodique remontant à la prime jeunesse, et qu'elle avait masquée par l'opium. L'un de ses cousins nous avait d'ailleurs mis au courant des oscillations d'humeur qui existaient dès l'enfance, et qui avaient persisté tout au long de sa vie conjugale.

OBSERVATION XXII

Morphinomanie chez un déprimé simple.

Le docteur X., amaigri, fatigué, prend depuis 3 ans 0 gr. 60 à 0 gr. 80 de morphine par jour. C'est un faible, un triste, un aboulique,

installé dans un pays perdu. Rompu de lassitude, il s'est mis à prendre de la morphine, y trouvant un secours tonique véritable les premiers temps. Pris dans l'engrenage, il augmente les doses et morphinise sa femme. A bout tous deux, il décide de se soigner successivement.

Le Docteur X. supporte très courageusement un sevrage fait en 18 jours. La convalescence s'amorce 8 jours après le 0, avec retour du sommeil, reprise du poids, modification du ton émotif ; au bout de 2 mois il nous quitte transformé.

OBSERVATION XXIII

Morphinomanie par contagion conjugale.

Madame X, mariée à un médecin qui exerce en pleine campagne bretonne, entre en 1912 à la maison de santé, prenant par jour 0,40 de morphine en plusieurs piqûres. Il y a un an qu'elle s'intoxique ; son mari, à propos d'une colique hépatique, lui a fait une première injection ; elle a continué, augmentant peu à peu les doses que son mari lui-même lui fournissait.

Sevrage facile, classique, bien supporté. 6 semaines après le 0 toxique, la malade nous quitte, engraisée, dormant bien, et décidée à ne plus toucher au poison. Au moment où elle part, son mari prend sa place.

Nous avons eu pendant près de 20 ans des nouvelles de ce couple qui n'était pas retombé.

OBSERVATION XXIV

Morphinisme simple au cours d'une dépression passagère légitimée par les circonstances.

Le docteur X. entre en 1926 à la maison de santé, prenant 0 gr. 60 de morphine par jour. Il exerce à la campagne où il vit avec ses cinq enfants et sa vieille mère. Sa femme est morte de tuberculose pulmonaire à la naissance du dernier.

Il s'agit d'un homme très énergique, qui a rapporté d'une belle

campagne comme médecin de bataillon puis de régiment la Croix de Guerre avec plusieurs palmes et la croix de la Légion d'Honneur.

La douleur de son deuil cruel, les dures exigences d'une profession médicale exercée dans un pays solitaire, amenèrent un accès de mélancolie avec insomnie qui précipita le confrère vers la morphine.

Les doses montèrent rapidement, l'activité diminua proportionnellement ; le patient ne se levait plus guère, et mettait parfois 48 heures à répondre à l'appel de ses malades. Le maire du pays fit venir un autre médecin, aussi la situation devenait-elle désespérée et le confrère songeait-il à se tuer, lorsque sa mère réussit à le décider à se soigner.

Déprimé, découragé, il se met entre nos mains, ne croyant pas à la possibilité d'une guérison, se reprochant d'avoir mis au monde des malheureux. Il se prête de bonne grâce au sevrage effectué en 3 semaines sans incident. Il suit docilement nos conseils, et 2 mois après le 0 toxique il a retrouvé un sommeil normal, repris 10 kilogrammes, et vu réapparaître énergie et confiance en soi.

Il reprend avec courage sa clientèle. Au bout d'un an, il est resté guéri ; sa mère avec un dévouement intelligent et inlassable, lui évite tout souci intérieur.

Il nous confie cependant qu'il se sent envahir d'une tristesse infinie, et il craint de retomber. Une femme à son foyer lui manque, mais étant donné son intoxication il n'ose se remarier. Une jeune cousine avait autrefois vivement désiré l'épouser ; elle était encore seule, s'intéressant toujours à lui, témoignant beaucoup d'affection à ses enfants ; nous le poussons à envisager un changement de vie. Il nous quitte rasséréné ; deux mois après nous recevons l'annonce de son mariage, et depuis ce moment nous voyons arriver chaque année des lettres heureuses de notre confrère qui ne pense plus à la morphine, mais qui poursuit sa carrière sans difficulté.

OBSERVATION XXV

Morphinisme chez un homme exposé à des épreuves physiques et psychiques inhabituelles.

Le docteur X, médecin colonial des plus distingués, est devenu morphinomane dans des circonstances tragiques : il a perdu sa

femme très jeune, restant seul avec deux enfants. Sous le coup de ce gros choc affectif, il les confie à sa famille, et demande un poste lointain ; on l'envoie à la fois comme représentant de l'influence française et comme conseiller technique sanitaire dans un État africain (au début de ce siècle). A peine est-il arrivé à son poste qu'il est terrassé par une pleurésie. Il n'y a pas d'autre médecin que lui ; douleur, oppression, fièvre, l'accablent de tristesse, il se sent perdu ; mais doué d'une énergie indomptable, il se ponctionne, et, sur le vu du pus, il pratique une pleurotomie au bistouri. Pour supporter ces misères physiques et morales il prend pendant quelques jours 2 grammes de morphine. Il continue durant la lente convalescence, tout en faisant son service au palais. Rentré en France au bout de 3 ans, il prend encore une vingtaine de centigrammes pro die, en 3 ou 4 piqûres. Toujours énergique, il opère son propre sevrage, et poursuit une carrière remarquable par son activité. Envoyé de nouveau en Afrique, il contracte une fièvre bilieuse hématurique qui le mène à deux doigts du trépas. A peine remis, sans se faire évacuer, il reprend de la morphine pour se permettre d'assurer un service des plus durs. Au retour en France, il ne peut, cette fois, tenter sa propre désintoxication, et il se remet à nos soins.

Très courageusement, en quelques jours, malgré l'état de la plèvre, du foie, des reins, il subit le sevrage sans incident notable ; la convalescence est extrêmement rapide.

Fixé à nouveau en France, pourvu d'une très haute charge, il est pris un jour de phénomènes abdominaux si troublants que les confrères appelés à son chevet sont sur le point de l'opérer. A cette occasion il reprend quelques centigrammes de morphine, et les choses s'arrangent. Il revient chez nous pour un sevrage facile qui lui permet de reprendre une vie très active. Il part en Orient où il se remarie.

Il retourne en Afrique pour 3 ans, et rentre en France ayant passé la soixantaine, magnifique de santé, d'intelligence, d'activité : c'est le type du chef.

Ce cas montre que, lorsqu'il n'y a pas d'antécédents psychopathiques, pas de tare mentale, on peut être amené par des épreuves sévères à user de la morphine qui constitue à petites doses un médicament permettant de gagner du temps et de

se ressaisir. Ce patient rentre dans la catégorie des morphinisés simples, de pronostic favorable.

Enfin, nous voyons que la morphine à doses modestes ne trouble ni l'activité, ni l'acuité psychiques.

OBSERVATION XXVI

Morphinomanie datant de 25 ans. Guérison complète malgré le fonds cyclothymique atténué.

M^{me} X, âgée de 50 ans, entre à la maison de santé au printemps de 1913.

A la suite d'une opération pour une double salpingo-ovarite compliquée de péritonite (1888), opération qui la cloua au lit pendant près d'un an, le chirurgien avait prescrit de la morphine, d'abord tous les soirs, puis matin et soir, pendant longtemps. La malade continua... Le long séjour au lit, le regret de la stérilité consécutive à l'intervention, entraînent chez cette personne déjà nerveusement prédisposée un état de dépression psychique qui favorise la toxicomanie. La malade augmente progressivement les doses jusqu'à prendre 0 gr. 50 par jour, d'où fatigue, anorexie, amaigrissement ; mais jamais il n'y eut à proprement parler de complication.

Elle tente la cure sur le conseil de deux neveux médecins qui la croyaient perdue, considérant le traitement d'une morphinomane endurcie comme devant être inefficace. Elle a une parfaite conscience de son état, avec un désir ardent de supprimer le poison, bien qu'elle croie qu'elle en mourra.

A cette malade à peu près complètement anorexique, insomniaque, très amaigrie (43 kilogrammes pour une taille de 1 m. 68), nous appliquons une cure de sevrage assez lent (un mois). L'insomnie consécutive persiste 5 à 6 semaines, mais l'appétit revient, et la malade reprend une douzaine de kilos. La convalescence est rapide et normale, la malade quitte la maison de santé après 4 mois, ayant retrouvé quelques heures de sommeil, et de l'activité.

Nous l'avons suivie régulièrement ; 22 ans après, elle est toujours bien portante, et se dépense sans compter pour les œuvres nombreuses et florissantes qu'elle a créées dans la ville de province

qu'elle habite, à tel point que, à la demande de ses protégés, le gouvernement lui a accordé le ruban rouge.

Nous apportons ces détails pour montrer que, même chez une névropathe constitutionnelle (crise dépressive à près l'opération ; depuis la désintoxication, léger état d'hypomanie constante), la guérison d'une morphinomanie invétérée peut survenir, quand le psychisme s'y prête.

OBSERVATION XXVII (1)

Morphinomanie, 12 grammes par jour. Traitement par la méthode rapide. Guérison.

M. X., âgé de quarante-deux ans. Pas d'antécédents spéciaux, aucune tare nerveuse héréditaire. Il prit sa première injection de morphine en 1890 pour calmer les douleurs d'une otite aiguë. Cette otite dura un mois, pendant lequel le malade prit d'abord 1 centigramme de morphine, le soir à 8 heures, pour trouver un peu de sommeil. Au bout de quelques jours 1 centigramme ne suffisait plus, il en prend 2. Les douleurs disparues, l'otite guérie, il n'a pas la patience d'attendre que le sommeil naturel arrive le soir, et il continue ces injections en augmentant progressivement et si rapidement qu'en six mois il arrive à la dose de trois grammes.

En décembre 1891, profitant d'un voyage de quarante jours en mer, il essaie de se démorphiniser lui-même et parvient, dit-il, à ne plus prendre que 2 centigrammes ; puis, arrivé au but de son voyage, fatigué, déprimé, il se confie à un médecin pour supprimer les deux derniers centigrammes ; il reste alors trois mois sans reprendre de morphine.

Cette première suppression lente l'a, dit-il, beaucoup fatigué, et affaibli ; il a longtemps souffert et l'appétit n'est jamais revenu.

Trois mois après, en avril 1892, à la suite d'ennuis, il reprend de la morphine, et pendant quatre mois il reste à la dose de 3 centi-

(1) Cette observation a été publiée dans la *Presse Médicale* du 15 mars 1899, article de G. COMAR, *Morphinomanie* (Traitement par la méthode du sevrage rapide).

grammes ; puis, six mois plus tard, il se démorphinise pour la deuxième fois ; il met deux mois à supprimer ses 3 centigrammes.

En 1893 il revient pour la troisième fois à la morphine, à la suite d'ennuis, de pertes d'argent, et ne dépasse pas la dose de 3 centigrammes. Pour la troisième fois encore, il se démorphinise en remplaçant la morphine par des injections d'eau distillée et des pilules d'extrait thébaïque ; cette suppression dure un mois.

En 1894, il reprend de la morphine pour la quatrième fois, commence par 3 centigrammes, augmente rapidement pour arriver à la dose de cinq grammes en l'espace de trois mois.

Sous la conduite d'un médecin qui le fait rester enfermé dans une chambre, il essaie une quatrième démorphinisation ; mais cette fois, la dose était trop forte et il ne peut descendre au-dessous de 50 centigrammes. Il reste deux mois à cette dose et, pendant cette période, il éprouve des malaises, nausées, inappétence, insomnie, douleurs lancinantes, crampes, etc. ; puis, les injections étant faites sans antiseptie causent des abcès nombreux. Aussi, fatigué, ne pouvant rester à cette dose trop faible pour son organisme habitué aux injections massives, il remonte à 3 grammes, puis à 5 grammes, à 12 grammes, et même, dit-il, quelquefois à 14.

Il maintient ses 12 grammes jusqu'à fin janvier 1898 où, à la suite d'ennuis plus sérieux et de la perte de sa fortune, il tente de se suicider en s'injectant, dit-il, le contenu d'un flacon de 25 grammes de chlorhydrate de morphine. Il a alors des vomissements, mais n'éprouve aucun accident grave. Le lendemain, « son malaise de la veille » (c'est sa propre expression) a attiré l'attention des siens, on le surveille, et il revient à sa dose de 12 grammes qu'il continue à prendre pendant trois mois, jusqu'au 9 mars 1898, époque à laquelle il entre à la maison de santé pour se faire démorphiniser. Il y a donc, à ce moment, huit ans qu'il est morphinomane, avec trois périodes de repos variant de un à trois mois, et il y a cinq mois qu'il prend la dose de 12 grammes.

A son arrivée, cet homme, qui a quarante-deux ans, a l'aspect d'un vieillard ; son facies est terreux, il a considérablement maigri, se tient le dos courbé, ne peut marcher que lentement et est aussitôt essoufflé ; il n'a plus ni force ni souplesse ; pas d'appétit, pas de sommeil ; la voix est éteinte, il a perdu complètement la mémoire et on peut constater en causant avec lui une certaine perversion du sens moral : il ne se rend pas un compte exact du bien et du mal de

certaines actions. Au physique il a tellement changé que ses enfants, qui ne l'avaient pas vu depuis quelques mois, ne l'ont pas reconnu. En un mot, c'est le type accompli de la cachexie morphinique avec toutes ses conséquences. Bien entendu, constipation opiniâtre, impuissance sexuelle, urines rares (pas d'albumine), sécheresse de la peau. Le foie est un peu gros, douloureux ; heureusement le cœur est sain.

Ainsi que je l'ai dit, je donnai le premier jour à mon malade, à titre de contrôle, sa dose habituelle de 12 grammes ; il la supporta admirablement.

Le deuxième jour, je commençai le traitement radical après avoir pesé mon malade, dont le poids était de 133 livres (il en avait pesé 160) ; je réglai les heures de piqûres en donnant, par injections de 50 centigrammes à la fois, la dose de 8 grammes dans les vingt-quatre heures. La journée se passe bien ; le cœur se maintient excellent, le pouls variant de 76 à 82 ; le malade va à la selle à plusieurs reprises et urine bien.

Le troisième jour, voyant que la diminution de 4 grammes avait été si bien supportée, je résolus d'aller rapidement et je diminuai de nouveau de 3 grammes, ne donnant que 5 grammes dans les vingt-quatre heures. De 72, le pouls tombe à 60, les battements du cœur deviennent sourds, le malade est dans un état de somnolence, il a des bâillements fréquents, des sensations d'étouffement. Comme il n'est pas allé à la selle, j'administre un purgatif qui détermine une débâcle abondante après laquelle l'état général devient meilleur ; mais, la faiblesse restant considérable, je tâche d'y remédier en instituant un régime alimentaire composé de gelée de viande, café, campagne, grogs à l'eau-de-vie.

Le quatrième jour je donne 3 grammes de morphine : légers maux de tête, élancements douloureux dans la région du cœur et au niveau du foie, pouls faible (60 pulsations), anorexie.

Le cinquième jour, 2 grammes de morphine : rien de particulier.

Le sixième jour, 1 gramme de morphine en quatre fois dans les vingt-quatre heures. La diminution de 12 grammes à 1 gramme avait donc été relativement bien supportée ; mais, à partir de ce moment, le malade tombe dans un état de somnolence très accentué ; il ne peut plus se tenir debout, le pouls reste faible à 50, les douleurs dans la région du cœur et du foie augmentent, et, de plus, il y a de la constipation.

Le septième jour je ne donne que 50 centigrammes et les mêmes symptômes persistent ; l'état général s'affaiblissant de plus en plus, je décide de faire le lendemain une dernière injection.

Le huitième jour donc, je ne donnai que 20 centigrammes en deux fois, ce furent les deux dernières piqûres.

A partir de ce moment, et pendant trois jours, je ne quittai plus mon malade, voulant surveiller moi-même les crises éliminatoires qui se manifestaient avec une intensité extraordinaire ; ainsi, il eut le neuvième jour quarante selles dans les vingt-quatre heures ; il avait des nausées, des vomissements, des sueurs profuses, et de plus il ne pouvait supporter aucun aliment, la moindre gorgée de liquide causait des vomissements.

Le neuvième jour et le dixième jour, le pouls descendit successivement à 52, à 48 et même à 40 pulsations avec quelques intermittences. Je fis alors deux injections de 25 centigrammes de caféine ; ce fut le seul médicament que j'administrai à mon malade, en dehors d'un purgatif au début de la cure pour assurer le bon fonctionnement du tube digestif.

Le onzième jour l'état de torpeur avait disparu, le pouls remontait à 80 ; seules, quelques crampes dans les jambes persistaient.

Pendant les neuf jours qu'avait duré cette suppression, ce morphinomane avait maigri de onze livres. Mais sept jours après sa dernière piqûre, l'appétit revenait et il avait déjà repris deux livres. J'aidai la convalescence avec l'hydrothérapie froide ; l'appétit devint de plus en plus considérable, il ne put plus se rassasier, en un mois il engraisa de quinze livres, soit une demi-livre par jour. Ce n'est qu'au bout de douze jours qu'il obtint un quart d'heure de sommeil ; trois semaines après sa démorphinisation, il dormait quatre heures par nuit ; un mois après la suppression les nuits furent réellement bonnes. A aucun moment je ne donnai d'hypnotiques, ni chloral, ni sulfonal, ni bromure, etc.

Le malade me quittait le 4 mai, c'est-à-dire deux mois après le début du traitement, en excellent état tant moral que physique et, le 30 juin, c'est-à-dire quatre mois après son entrée et deux mois après sa sortie, je le revoyais. Il pesait alors 156 livres au lieu de 130 avant sa démorphinisation ; il avait repris ses occupations habituelles, les forces étaient ce qu'elles n'avaient pas été depuis des années, l'appétit sexuel avait reparu, la facilité au travail, etc., en résumé, état excellent.

OBSERVATION XXVIII (*personnelle*)

Morphinomanie guérie après traitement de la psychopathie.

Madame X., âgée de 50 ans, entre à la maison de santé en 1933. Elle prend de la morphine depuis 25 ans sans dépasser 0 gr. 25 par jour, en trois ou quatre piqûres.

De taille moyenne, elle pèse 42 kilogrammes et porte des traces d'abcès aux cuisses et aux avant-bras. Anorexique mentale, il faut la faire manger comme un enfant, en la menaçant de la sonde.

Depuis l'enfance, elle aurait été très capricieuse quant à l'alimentation ; déjà l'anorexie mentale apparaissait par poussées. Elle s'est mariée, et a un fils bien portant. Il y a 30 ans, le docteur Mathieu la traita pour des troubles digestifs, et cinq ans après, le diagnostic d'ulcère de la petite courbure s'étant avéré, une gastro-entéro-anastomose fut pratiquée par le professeur DUVAL. L'opération vérifia la lésion mais ne débarrassa pas M^{me} X. de ses troubles psychiques. Le docteur MATHIEU, en raison de ses souffrances, lui avait donné de la morphine avant l'opération ; elle continua d'en prendre, tout en menant une vie familiale normale.

Étant donné son mauvais état général nous faisons une suppression lente (5 semaines). La réaction douloureuse est légère, mais l'insomnie qui accompagnait déjà l'intoxication persiste après le sevrage. Le poids augmente de 2 ou 3 kilogrammes mais l'anorexie demeure, et la malade mourrait d'inanition si à chacun de ses repas un médecin ou une infirmière ne la contraignait à s'alimenter. Elle ne vomit jamais, mais ses forces comme son poids ont tendance à décroître.

Devant son état de déchéance physique plusieurs consultations ont lieu ; les examens radiologiques démontrent le parfait fonctionnement de l'abouchement. Le professeur BAUDOUIN la considère comme une pure mélancolique très affaiblie, avec une prédominance d'anorexie quasi-invincible. Il n'y a aucune lésion organique ; les poumons sont intacts, le cœur solide, la tension un peu faible avec une différentielle normale ; les dosages d'urée, de sucre, n'ont rien montré de pathologique ; le B. W. après réactivation reste négatif.

Devant l'insomnie persistante, l'amaigrissement ne cédant pas à

l'alimentation copieuse forcée, aux injections quotidiennes de sérum, aux toniques et reconstituants classiques ; devant l'agitation anxieuse qui apparaît à chaque repas, reflet d'une hypochondrie qui finirait par conduire la malade au tombeau, nous avons décidé en accord avec le fils de celle-ci, de lui rendre, après 2 ans de sevrage, un peu d'opium : 1 centimètre cube de pantopon matin et soir. Les repas sont devenus moins difficiles, la chute de poids a été enrayée et la malade a pu retrouver 2 ou 3 heures de repos nocturne ; nous en concluons, une fois de plus, qu'il y a des cas de toxicomanie auxquels il ne faut toucher qu'avec une extrême prudence ; tant qu'un état mental aigu comme celui de Madame X. persiste, il est plus sage, dans l'intérêt de la malade, plutôt que de tenter une cure radicale, de se contenter de ramener les doses de calmant à des doses médicales.

La suite des faits nous donne raison : en fin d'année 1935, sans raison apparente, sans que rien ait été changé au traitement, l'état de la malade se modifie petit à petit ; l'atténuation de l'anxiété permet une alimentation plus facile et une alimentation spontanée, ce que nous n'avions jamais vu en deux ans de séjour ; elle réclame la suppression du pantopon : nous le lui accordons pour la dose du matin. Le poids augmente : il est passé de 37 kilogrammes en août 1935 à 50 kilogrammes au début de 1936. L'humeur comme la mimique s'est radicalement transformée ; la malade s'excuse de ses écarts de caractère et de la peine infinie qu'elle a donnée à son entourage. Elle a récupéré son sommeil. La piqûre du soir est supprimée. Bref, la convalescence progresse, et la patiente fait des projets d'avenir.

Ce cas illustre d'une façon formelle la nécessité d'attendre la guérison de la psychose sous-jacente à la toxicomanie pour pouvoir affirmer une guérison durable de celle-ci.

OBSERVATION XXIX

Morphinomanie et accessoirement alcoolomanie chez un déprimé mélancolique intermittent.

Le docteur X., spécialiste distingué, assistant dans un grand hôpital parisien, père de famille, a fait de 1910 à 1932 quatre cures

de désintoxication à la maison de santé. Ce confrère, d'esprit très fin, mais dépourvu de volonté, est tombé dans la dépression avec des idées intermittentes de préjudice : « l'on n'a pas rendu justice à ses mérites, la chance ne l'a pas favorisé », (il n'a d'ailleurs pas complètement tort), et ceci à la suite de déboires conjugaux sur lesquels se sont greffés des soucis matériels après la guerre. Sa femme ayant hérité d'immeubles parisiens à la mort d'une parente qui habitait le pays de Bade, eut quelque peine à entrer en possession de son dû ; on plaïda, mais le malade en attendant l'heureuse terminaison du procès eut la vie très difficile. Les infidélités vraies ou supposées de sa femme mirent un comble à sa mélancolie, et pour pouvoir continuer son service il se jeta sur la morphine qu'il prit à doses modérées, sans dépasser 0 gr. 25 à 0 gr. 30 par jour, en plusieurs piqûres. Cette habitude donna un coup de fouet à ses tendances paranoïaques ; il devint subexcité, quérulent, agressif et persécuté, à tel point que sa femme avait pu le faire admettre à Charenton, ce qui, malgré la courte durée du séjour, fut pour lui une injure suprême. Il reconnaissait qu'il avait tort de prendre de l'opium ; « mais pour mes enfants », disait-il, « pour ma situation médicale, pour ma pauvre femme que je considère comme une folle dans ses déportements, la morphine ne vaut-elle pas mieux qu'un drame ou un divorce ? » Cet excellent homme, qui n'aurait pas fait de mal à une mouche, revint jusqu'en 1932 se faire sevrer ; il résista à plus de 20 ans d'intoxication morphinique entrecoupée de périodes assez courtes de bonne santé. A la fin, il ajouta à la morphine, l'alcool : vin de Bordeaux, mandarins, apéritifs, qui donnaient une teinte confusionnelle à tendance plus persécutrice à ses idées délirantes ; l'élément « alcool » l'emportait sur l'élément « opium », et disparaissait avec le sevrage. Mais la morphine avait développé chez lui un emphysème considérable, et à sa dernière cure (1932) son cœur lâchant pied, nous ne pûmes, malgré le sevrage et la médication toni-cardiaque, avoir raison de l'état d'hyposystolie et d'œdème dans lequel il vécut chez lui quelques mois, avant de s'éteindre tout à fait.

Deux de ses enfants sur quatre (les deux fils) eurent une tuberculose pulmonaire, et se comportèrent, ainsi que leurs sœurs comme des déséquilibrés nerveux. La morphine fut, chez le digne confrère très certainement aboulisque à tendance paranoïaque, moins une passion qu'une médication lui permettant de s'évader

d'une vie particulièrement difficile et que son caractère cyclique ne lui permit jamais de modifier d'une façon radicale, comme il l'eût fallu.

OBSERVATION XXX (1)

Héroïnomanie de substitution médicale chez un morphinomane.

M. X., âgé de 48 ans, entre le 12 janvier dernier à la maison de santé. En 1898, une série de symptômes douloureux dus à une syphilis antérieure se manifestent : céphalée intense, insomnie, douleurs dans les membres inférieurs. Le médecin fait des injections de morphine jusqu'à 0 gr. 02 ; il cesse au bout de huit jours, mais le malade a pris goût à la morphine et à l'insu de son médecin continue les injections. Au début de 1900, il prend 3 grammes de morphine ; il essaye de se démorphiniser seul, diminue un peu les doses, et, en janvier 1901, il est à 2 grammes. A cette date il entre à la maison de santé. En six jours il est ramené à zéro ; la désintoxication se passe sans incident notable, le cœur a donné quelques inquiétudes vite dissipées. Le malade reprend ses affaires, il ne prend plus de morphine durant l'année 1901 ni pendant les six premiers mois de 1902, mais il y pense souvent, et, s'il voit quelqu'un souffrir près de lui, il recommande avec enthousiasme son usage. Ce prosélytisme s'accomplit impulsivement malgré lui : il aime jusqu'à la seringue et la piqûre, et il est enchanté lorsque son médecin lui prescrit des injections de cacodylate de soude. Dans cet état d'obsession il profite de l'opération nécessitée par une fistule borgne interne pour revenir à la morphine, mais la sensation est moins agréable, moins prolongée que jadis, et il accroît vainement les doses. En avril 1903, il est à 0 gr. 80 ; il est tenaillé par le besoin, son état physique et intellectuel se dégrade ; il en est conscient, il a des velléités de se ressaisir. Il voit alors un médecin qui lui conseille de laisser la morphine et la remplacer par l'héroïne ; il passe brusquement de 0 gr. 80 de morphine à 0 gr. 20 d'héroïne sans incident ; mais le besoin est

(1) Cette observation a été publiée dans l'article de G. COMAR et J.-B. BUVAT, *Les Toxicomanes, à propos d'un cas d'héroïnomanie* (*Presse Médicale*, 6 juillet 1904).

aussi intense avec l'héroïne, l'euphorie est moindre et il augmente rapidement les doses. En novembre 1903 le malade absorbe quotidiennement 2 gr. 80 d'héroïne en 15 à 20 injections. Mais il s'est beaucoup affaibli, garde le lit le plus souvent ; il est anhélant au moindre effort, anorexique, en proie à une constipation opiniâtre : une selle par semaine. Son corps se couvre d'abcès sans réaction qui laissent suinter un pus mal lié, les nuits sont sans sommeil, le poids diminue ; il se décide à affronter une nouvelle désintoxication.

A son arrivée le malade a l'aspect d'un vieillard cachectique ; le facies est amaigri, le teint plombé, la démarche est pénible et entraîne de la dyspnée ; les mains sont cyanosées et froides, le pouls est filiforme à 140 ; le malade a des nausées et des vomissements bilieux. Un abcès fistuleux suinte à l'épaule gauche, un autre à la cuisse gauche ; la peau par ailleurs est sèche, écailleuse, froide, bien que le malade accuse partout une sensation très nette de chaleur. Le poids est à 145 (il était à 170 avant l'usage de la morphine en 1901). La langue est humide mais sale, le malade a une soif continue et il ne garde que l'eau sucrée ; le lait est vomé ; un à deux œufs par jour constituent, avec quelques biscuits, toute l'alimentation. Le météorisme abdominal est très marqué, le foie est petit, la matité ne dépasse pas 0 m. 07. La matité cardiaque est augmentée, la pointe est difficile à localiser par le palper ; les bruits sont sourds, le premier bruit à la pointe est soufflant. Le pouls est très variable : est-on loin de la piqûre il monte jusqu'à 140, il devient filiforme ; l'injection d'héroïne le ralentit, et il revient à 80. On entend quelques râles sous-crépitaux aux deux bases pulmonaires. Le malade a de la pollakiurie, ses urines ont une teinte foncée, sont albumineuses. Depuis l'usage de l'héroïne il n'a plus aucun désir sexuel. Il dort deux à trois heures par nuit d'un sommeil léger, plein de cauchemars ; au réveil : céphalée frontale avec lassitude générale. Le travail intellectuel est impossible, l'attention est faible, la mémoire paresseuse ; la lecture d'un journal est très pénible ; il y a un état d'obnubilation intellectuelle avec dépression mélancolique et inconscience de la situation. Les réflexes rotuliens sont exagérés, les pupilles sont en myosis moyen, elles réagissent faiblement à la lumière ; la gauche est plus grande, mais elle porte une ancienne lésion locale. La température est à 38°.

L'état précaire de notre malade, commandé par l'asthénie cardiaque et l'albuminurie, nous décide à le désintoxiquer plus lentement que nous ne l'avions fait la première fois. Le 13 janvier nous lui injectons 2 gr. 50 d'héroïne dans les 24 heures, et, en 12 jours il est amené à zéro. La suppression amène une anurie qui dure trente heures et qui n'a cédé qu'à une saignée suivie d'injections de sérum à haute dose. La convalescence a suivi une marche normale.

OBSERVATION XXXI

Héroïnomanie à 0 gr. 75 par jour pendant 5 ans. Guérison.

Mlle X., artiste dramatique très connue, entre à la maison de santé en 1928 pour y suivre une cure de sevrage. Elle prend depuis 5 ans de l'héroïne : 0 gr. 75 *pro die* en 4 à 5 piqûres au moment de l'entrée. Comme beaucoup d'artistes elle a mené une vie agitée de toutes façons, et, elle s'est laissée aller à la morphine. Très rapidement, ne pouvant plus s'en procurer, elle lui a substitué l'héroïne, élevant progressivement les doses.

Amenée par un ami, à bout de forces, anorexique, insomniaque, affligée d'une constipation impitoyable, elle a des œdèmes vespéraux des membres inférieurs, des urines rares urobiliniques et légèrement albumineuses, une tension artérielle inférieure à la normale, et un vieillissement précoce très accentué ; elle donne l'impression d'avoir une maladie organique grave en évolution : tuberculose ou cancer. Chaque soir la température s'élève aux environs de 38°. Enfin l'entourage signale une irritabilité très marquée, des crises de larmes fréquentes, du découragement, des tendances au suicide.

Le sevrage s'annonce assez délicat chez cette malade hypersensible et fatiguée d'une part, et par ailleurs très mythomane. Bien que nous mettions trois semaines pour la faire descendre au 0, pendant les 48 heures qui le suivent on ne peut médicalement quitter ni jour ni nuit la malade qui s'agite et manifeste des impulsions violentes autant que variées. Nous pouvons venir à bout de cette excitation motrice en renouvelant toutes les 2 heures les grands bains chauds où l'on garde la malade pendant 3/4 d'heure, seul soulagement de son énervement, mais près desquels le médecin

et les infirmières qui la maintiennent se font copieusement arroser.

A cette période d'agitation succède une période de dépression allant presque jusqu'à la prostration ; puis la détente s'annonce, l'appétit revient, et petit à petit, à la fin du 2^e mois de séjour, la convalescence s'amorce et se poursuit normalement. La malade reprend 10 kilogrammes et récupère sa santé : elle nous quitte au bout de 3 mois.

Nous l'avons suivie de loin en loin ; bien que les soucis et les chagrins ne l'aient pas épargnée, en 1935, 7 ans après, elle se porte bien et reste abstinent.

OBSERVATION XXXII

• *Héroïnomanie chez une cyclothymique. Sevrage rendu difficile par une crise hypomaniaque intense, et effectué avec l'aide du somnifère intra-veineux.*

M^{lle} X..., âgée de 30 ans, entre le 23 décembre 1927 à la maison de santé, avouant la prise de 0 gr. 25 d'héroïne par jour en plusieurs piqûres. Artiste lyrique des plus en vue, d'une beauté somptueuse, elle prend du toxique depuis 3 ans 1/2 à la suite de chagrins intimes. Elle a commencé par le pantopon, qui a été vite remplacé par l'héroïne. Elle a déjà fait dans deux autres maisons de santé parisiennes deux tentatives infructueuses de désintoxication ; elle a essayé plusieurs fois de se tuer.

L'état général est bon ; c'est une femme solide et vigoureuse. Les règles sont absentes depuis 2 ans. Elle nous supplie de l'aider à guérir, mais elle nous confie sa nervosité extrême devant la souffrance : l'approche du 0 toxique la met dans un état d'excitation effroyable. Nous substituons la morphine à l'héroïne, et, autorisés par la malade à prendre toutes les mesures nécessaires pour accomplir le sevrage, nous commençons la descente classique vers le 0 avec l'intention d'y parvenir en une quinzaine de jours. Quand nous atteignons la dose d'entretien (vers 0 gr. 05) la malade qui avait supporté assez bien le traitement jusque-là commence à s'exciter et entre dans une véritable crise de manie : elle chante, crie, gesticule toute nue avec un érotisme exacerbé. Nous décidons

alors de franchir le 0 en employant pour la première fois une méthode inédite qu'on a délaissée depuis parce que dangereuse en psychiatrie : l'injection de somnifère intra-veineux 12 heures après la dernière piqûre de morphine. Elle est suivie d'une période de sommeil qui dure 36 heures, période au cours de laquelle nous avons bien des inquiétudes. Le poulx reste bon ; le semi-coma barbiturique n'a aucune allure dangereuse. Nous nous demandons néanmoins ce qui va advenir.

Nous avons malgré tout passé 48 heures sans morphine, c'est-à-dire que la malade, anesthésiée en quelque sorte, a franchi la passe douloureuse. Mais quand elle se réveille, elle est prise d'un accès de manie confusionnelle avec agitation effroyable. Les choses se calment peu à peu, et 1 mois après ce sevrage mouvementé la malade a repris une bonne santé physique, gardant un peu de dépression mélancolique.

Cette belle artiste était atteinte, en dehors de sa toxicomanie, d'un état cyclothymique très accentué à périodes assez courtes, état qui la faisait passer de la tristesse à l'excitation avec érotomanie et revendications ; si, lorsqu'elle quitte la maison de santé, elle est débarrassée de son poison, son séjour n'a pas été assez prolongé pour agir sur son état psychique. Après son départ nous avons reçu des lettres reconnaissantes, puis nous apprenons qu'un jour ses extravagances maniaques l'ont fait interner.

OBSERVATION XXXIII

Laudanomanie chez une psycho-néropathe. Toxique absorbé en injections.

M^{lle} de X, âgée de 43 ans, entre à la maison de santé en 1905 ; elle s'injectait sous la peau et dans les muscles, depuis deux mois, 35 grammes de laudanum de Sydenham chaque jour. Ces injections caustiques et très douloureuses ont créé de véritables petites escarres cupuliformes qui couvrent toute la région antéro-externe de la cuisse et la portion externe de la fesse ; ces lésions, que l'on trouve aussi au bras et à l'avant-bras, se rejoignent, ne laissant que de rares espaces de peau non pas saine, mais bleuâtre et amincie.

La désintoxication se fait rapidement, en huit jours, sans incident ; nous remplaçons le laudanum par la morphine. La pé-

riode d'insomnie consécutive au « 0 » toxique est assez longue ; à son départ, au bout de deux mois, la malade ne dort que quatre à cinq heures par nuit. L'état général, comme toujours, est transformé après le sevrage ; nous notons une augmentation de poids de dix kilos.

La malade était tombée dans cette intoxication paradoxale une quinzaine d'années auparavant, A ce moment elle était en proie à une crise de dépression mélancolique consciente avec tristesse, anxiété, amaigrissement, insomnie, crise déclenchée par un choc moral : regret d'un mariage manqué. La patiente accusait sa famille, lui faisant porter la responsabilité de sa vie brisée (bien entendu il s'agissait d'une interprétation erronée ; la famille n'y était pour rien). Le médecin consulté avait prescrit, pour calmer l'anxiété, le traitement classique par le laudanum, qui avait produit l'effet désiré. La malade ayant pris goût au médicament, en avait augmenté les doses jusqu'à trois cents gouttes quotidiennes. Enfin, comme il arrive dans toute intoxication opiacée livrée à elle-même et non combattue par les purgations fréquentes, les doses considérables restaient inefficaces, et la malade, ayant entendu parler de piqûres de morphine, avait imaginé de s'injecter le laudanum sous la peau.

La longue durée de l'intoxication, en dehors des lésions cutanées, n'avait pas apporté de gros troubles somatiques. L'action de laudanum en piqûre se manifestait non point tant par une période de calme que par des phénomènes d'excitation euphorique et tonique comparables à ceux qu'engendrent l'usage à dose modérée de l'alcool au début.

Nous avons suivi cette malade pendant un an après sa sortie de la maison de santé ; elle n'était pas retombée. Nous l'avons ensuite perdue de vue.

OBSERVATION XXXIV

Toxicomanie à l'eucodal, chez une grande asthmatique.

Le malade, âgée de 55 ans, entre à la maison de santé pour un sevrage d'eucodal.

Atteinte depuis plusieurs années d'un asthme à crises subintrantes, elle a usé de nombreuses médications sans résultat, et on a été amené à lui donner de l'eucodal. Comme c'était à prévoir, elle a

augmenté aussi bien le nombre des piqûres que la quantité injectée dans chacune d'elles, de sorte qu'elle finit, tout en conservant son asthme, par devenir toxicomane. C'est à ce moment qu'elle nous est confiée par le docteur PAGNIEZ.

On arrive assez facilement, dans l'isolement et le repos, avec un régime alimentaire léger, à ramener en une dizaine de jours les doses à trois ampoules d'eucodal pro die ; mais pendant ce temps jour et nuit la malade doit subir de fortes crises d'oppression qui l'obligent pendant des heures à se cramponner aux bras du fauteuil où elle passe la majeure partie de son temps. L'état du cœur fatigué par la suppression et par les crises d'asthme commande de rester à deux ampoules par jour. L'état général, sous l'influence de l'absolu repos physique et moral, s'était beaucoup amélioré, et cette cure, qui n'avait rien changé bien entendu à l'asthme intense de la malade, ne pouvait constituer qu'un répit. Le sevrage d'eucodal, heureusement pour la malade, n'a pas entraîné de réaction aussi pénible que s'il se fût agi d'un sevrage morphinique ; le besoin est ici moins impérieux et la suppression moins pénible ; d'autre part, à dose égale, l'eucodal atteint beaucoup moins l'état général que la morphine, l'héroïne, et la dionine.

Enfin il est hors de doute que la réapparition des crises asthmatiques en concomitance avec la diminution de la drogue revêtait inconsciemment l'allure de certains phénomènes hystériques, celle d'un réflexe d'habitude en quelque sorte.

Nous avons eu récemment des nouvelles de la malade par le docteur PAGNIEZ : elle a eu des périodes de répit considérables, et elle est moins tourmentée par son asthme qu'au temps de l'eucodal.

OBSERVATION XXXV

Intoxication simple et légère à l'eucodal. Guérison impossible faite d'isolement.

Monsieur X, âgé de 48 ans, écrivain distingué, atteint d'une maladie de Parkinson en évolution, suite d'encéphalite, a perdu le sommeil depuis longtemps malgré l'usage du gardénal. Pour le retrouver, il a pris une dose minime d'eucodal, au maximum deux à trois ampoules par jour. Tourmenté par la crainte de la toxicomanie, il demande au docteur Gilbert ROBIN, son médecin, de le

désintoxiquer. Il se prête de très bonne grâce à la suppression, mais en raison d'une hypersensibilité au bruit, il ne peut se résoudre au séjour en maison de santé, même dans la campagne la plus silencieuse ; le moindre son de cloche l'énerve jusqu'à l'exaspération.

On pratique donc chez lui un sevrage extrêmement lent : deux milligrammes et demi par deux milligrammes et demi, en restant quelques jours en palier. Après un mois le 0 toxique de l'eucodal est atteint, mais le gardénal a été légèrement augmenté. Quelques jours plus tard les douleurs réapparaissent avec l'insomnie, et le malade retourne aux petites doses d'eucodal comme à une ancre de salut. Il souffre de ce recommencement, appelle à l'aide, refait une nouvelle cure qui, menée comme la première, est suivie à bref délai d'une rechute.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion classique qui affirme la nécessité absolue de l'isolement dans les désintoxications ; l'on voit que, dans les meilleures conditions, il a été impossible de guérir chez lui un malade rempli de bonne volonté et qui n'a pris que des doses minimales ; Monsieur X. n'est même pas un toxicomane, c'est avant tout un parkinsonien qui s'est intoxiqué ; mais bien qu'il entre dans la catégorie des malades qui guérissent toujours, le fait de refuser le traitement classique empêche tout résultat.

OBSERVATION XXXVI

Toxicomanie au sédol ayant remplacé la morphinomanie.

Monsieur X., étudiant, âgé de 25 ans, entre à la maison de santé en 1935. Un passé tuberculeux l'a sensibilisé, asthénisé, rendu aboulique. Sa profession l'a mis en rapport avec une jeune femme toxicomane qui l'a morphinisé. Il prend 0 gr. 12 par jour environ, mais, devant les difficultés qu'il rencontre pour se procurer de la drogue, il en change, et s'injecte six ampoules de sédol.

Sa carrière étant compromise par ses habitudes, sur la sollicitation d'amis médecins il se résout au sevrage en même temps qu'à la rupture de sa liaison. L'effet euphoristique du sédol, au dire du malade, est beaucoup moins marqué que celui de la morphine, mais

l'effet calmant et soporifique est meilleur. Le malade nous paraît infiniment plus asthénique que ne le serait un morphinisé à dose égale.

Aucun trouble somatique, aucun phénomène hallucinatoire ; pas d'état subdélirant intermédiaire aux délires cocaïnique et alcoolique, quoiqu'on ait dit de l'effet prolongé du sédol à cet égard : ce fait est exceptionnel.

Nous tentons, pour obtenir un sevrage rapide, de donner de la morphine ; le malade proteste et nous passons au 0 en 6 jours, avec l'aide quotidienne du sulfate de soude. Tout se passe sans incident, non différemment de ce qu'on observe dans le sevrage morphinique, si ce n'est que le sommeil revient plus vite.

OBSERVATION XXXVII

Dipsomanie cocaïnique chez un cyclothymique pervers.

Monsieur X., âgé de 32 ans, entre à la maison de santé en 1932 pour faire traiter des accidents de toxicomanie cocaïnique. Depuis plusieurs années il prise du toxique (sa cloison nasale est d'ailleurs perforée), en absorbant jusqu'à 8 et 10 grammes pro die, par intermittences. Il a commencé vers l'âge de 18 ans, mais c'est surtout au service militaire, accompli dans l'aviation du Maroc et en Rhénanie, qu'il en a contracté véritablement l'habitude.

Marié, père de deux enfants, il a pu, malgré des hauts et des bas, trompant sa famille, mener une existence d'apparence à peu près normale pour le monde extérieur, mais tragique dans son intimité, pour sa jeune femme. Directeur-adjoint d'une charge, il néglige ses occupations, en laissant reposer le poids sur ses collègues ; il passe ses journées au bar le plus proche de son bureau, et ses nuits chez les femmes dont l'une habite au-dessous de son domicile familial ; il lui arrive de téléphoner de là à sa femme qu'il est retenu au champ d'aviation. Un jour, l'intoxication ayant atteint une proportion plus forte que de coutume, il tombe dans la rue, en proie à une violente crise épileptiforme qui nécessite, tant il a le visage abîmé, son transfert à l'hôpital. Il y reste 36 heures dans un état de confusion mentale avec agitation, et l'on trouve dans ses poches une boîte contenant une vingtaine de grammes de cocaïne. Pris sur le fait, il doit avouer. C'est ainsi qu'il entre à la maison de santé.

On lui applique la méthode classique de la suppression brusque, qui met un terme à l'excitation motrice et aux divagations vagabondes de son esprit ; le malade se ressaisit, pour tomber dans une phase dépressive au cours de laquelle trois gros symptômes se précisent : idée obsédante du toxique, tendances non dissimulées à en reprendre, perversité maligne se traduisant par un cynisme parfait lorsqu'il parle de sa femme, de ses enfants, de sa famille.

L'obsession le poursuit nuit et jour ; il rêve de la drogue et de la femme qui la lui procurait, et cette idée à travers toutes les périétés restera dans les phases d'abstinence sa préoccupation primordiale. Voici, à cet égard, un passage d'une lettre qui traduit son état d'esprit : « Quelque chose ne va pas, c'est le cœur, au moral, bien entendu ; Chapeau rouge (l'une de ses maîtresses) est plus présente à mes yeux et à mon âme qu'il ne le fut jamais ; ah ! quelle terrible chose ! il y a bientôt un an que j'ai connu cette femme, et elle est plus présente à mon cœur qu'elle ne le fut après le premier jour ; pourquoi ? Si je n'avais pas eu cette femme comme maîtresse, je comprendrais que je puisse la désirer encore et toujours ; mais non, c'est plus violent et plus impérieux encore ; constamment elle est devant mes yeux — je désire la revoir à Paris, oh combien ! — cela me fait mal de vous écrire cela — peut-être est-ce très mal, et savez-vous soigner les cœurs qui ont tellement mal ? — Ah ! ce retour à Paris, ce sera une chose délicate ; que de souvenirs vont m'assaillir ? il n'est pas de quartier, pas d'hôtel, pas de garçonnière, pas de restaurant, qui ne parleront pas du passé ; quel pèlerinage formidable pour chaque jour, pour chaque heure de ma vie, mon pauvre docteur ! Si vous pouviez tout savoir de ce passé ! alors plus que jamais je supplie qu'on me procure une distraction, qu'on ne me laisse pas seul en présence de tant de choses que je ne peux oublier et qui moins encore peuvent m'oublier... etc... »

Insuffisant sexuel comme beaucoup de cocaïnomanes, Monsieur X. demandait à la drogue cette excitation qui prolonge et exalte le désir tout en retardant et en rendant douloureuse et aiguë sa réalisation. Il considère sa femme comme un être qui évolue dans un autre monde que lui, faite tout au plus pour être une petite sœur plus qu'une épouse, plus encore qu'une maîtresse. Son impulsivité est d'une brutalité extrême ; aucun obstacle ne l'arrête quand l'obsession atteint son paroxysme, pour fuir son foyer, ses occupations, et rejoindre ses coreligionnaires féminins en cocaïne (il avoue

qu'il s'évaderait plutôt par la fenêtre) ; impulsivité consciente mais irrésistible, qui l'emmène parfois, pour réaliser à plein son caprice, à un millier de kilomètres de chez lui. En un tournemain, quand son démon l'emporte, il se procure, on ne sait par quel moyen, une somme d'argent énorme, racole à Paris l'une de ces femmes toujours prêtes aux aventures et qui les attendent dans les bars des Champs-Élysées ; avec elle il fugue, oubliant tout de sa vie actuelle, sur la côte d'Azur. Dans la fugue que nous décrivons, la femme qui l'accompagne n'est pas toxicomane ; dans le train, à Dijon, l'explication à cet égard est décisive ; mais le voyage se poursuit. On arrive à Marseille, et au Palace choisi pour jeter l'ancre elle refuse la drogue ; son compagnon court à Toulon où cochers, garçons de bar, débitent à prix d'or la cocaïne et indiquent les femmes cocaïnomanes. Il en ramène deux à Marseille avec l'un de leurs amis, se réinstalle au Palace ; pendant cinq ou six jours avec des doses quotidiennes de 10 grammes, c'est une bacchanale éperdue. Le huitième jour, les 30.000 francs emportés sont sur le point de disparaître ; plus ou moins conscient X. remonte dans le rapide de Paris ; il y est pris d'un violent délire, croit qu'il va être étouffé entre les parois du wagon, que le train va s'écraser contre une muraille ; pris de peur il veut fuir, jette sa valise par la portière et s'efforce de la suivre ; ses voisins l'ayant saisi et rassis de force, il tire le signal d'alarme.

À la descente du train, la famille alertée par téléphone emmène le malade à la maison de santé pour un deuxième séjour. Là, après la suppression brusque, tant pour nous couvrir que pour confirmer le pronostic, nous demandons une consultation avec le Professeur BAUDOUIN. Il pose avec nous le diagnostic de cyclothymie chez un paranoïaque pervers et toxicomane, et fait toutes réserves pour l'avenir.

Nouvelle sortie en rémission, reprise de la vie habituelle et bientôt du toxique. La mère du malade ne pouvant se résoudre à accepter les conclusions médicales précédentes demande l'opinion du professeur agrégé Alajouanine, qui se montre plus sombre encore, insistant sur la « folie morale » plus que sur la cyclothymie à fonds paranoïaque et à impulsions toxicomaniaques.

Pas plus que la précédente cette consultation n'incline la famille à prendre les mesures thérapeutiques et conservatoires indispensables : long isolement et conseil judiciaire (en cinq ans il avait gaspillé plus de 2 millions).

Pour freiner l'impulsivité cocaïnomaniaque très dangereuse pour la vie du malade (il prisait 10 à 20 grammes par jour) et aussi les poussées délirantes à forme d'agitation et de persécution que cette intoxication suraiguë entraînait, nous le mettons, comme un mélancolique, au traitement opiacé : 2 centimètres cubes de pantopon matin et soir. Cette substitution de toxique met une barrière aux grosses impulsions vers la cocaïne, ne la lui fait pas oublier, mais le stabilise chez lui dans une vie réduite, atone, inactive, avec une apparence de mélancolie consciente. Il devient nécessaire d'élever les doses, et on arrive à 8 centimètres cubes par jour. Les troubles du caractère deviennent tels que le malade se comporte comme un persécuté persécuteur familial ; son héroïque jeune femme décide d'imposer une cure de longue durée.

La difficulté d'obtenir un isolement strict à Paris nous fait conseiller l'éloignement, soit en Alsace, soit en Suisse, chez un confrère compétent et averti.

Parti en février 1934, le malade revient l'hiver suivant en pleine rémission, pouvant même reprendre certaines occupations au cours desquelles évidemment il retourne à la cocaïne.

L'évolution se poursuit.

Il est bon d'ajouter, pour bien montrer l'importance du fonds mental de ces accès dipsomaniaques, que : deux frères du malade ont été atteints de même ; l'aîné, très artiste, ayant ajouté l'alcool à la cocaïne, est mort jeune d'une cirrhose hépatique ; le deuxième oscille entre les deux toxiques, avec des périodes de rémission ; rien, pas même l'expatriation, n'a pu le stabiliser. Un troisième, plus résistant, a touché à l'alcool, mais s'est mieux défendu contre l'obsession impulsive qui ne s'accompagne pas chez lui d'une perversité aussi accentuée que chez les autres.

Dans l'enfance, X. dut quitter le collège où il faisait ses études parce qu'au cours d'une colère irrésistible il avait pris à partie l'un de ses camarades, lui brisant un membre (l'état mental se manifestait ainsi en dehors de toute intoxication). En Rhénanie, au cours d'une crise cocaïnique, il avait mis à mal un gendarme allemand qu'il avait serré violemment entre une porte et son chambranle, puis défenestré. Le gendarme s'en était tiré, mais X. n'avait échappé au Conseil de Guerre que grâce à un retour précipité en France, faveur obtenue par la famille d'un des plus hauts magistrats de la République.

Cette observation met en relief l'importance primordiale de l'état mental sous-jacent à la toxicomanie.

OBSERVATION XXXVIII (*personnelle*)

Alcoolisme chez le fils d'une morphinomane.

M. X., âgé de 45 ans, entre à la maison de santé en 1935, atteint de troubles de toxicomanie alcoolique.

Directeur dans une grosse affaire commerciale, il s'est laissé aller, depuis 20 ans, dans les périodes difficiles, à des impulsions dipsomaniaques (six à huit apéritifs, cinq à six verres de vin blanc par jour).

Du point de vue psychique on peut le situer entre les dipsomanes vrais et les buveurs d'habitude. Marié, père d'un enfant, il aurait contracté il y a trois ans une spécificité responsable selon lui d'une modification de son caractère, et il légitime ses habitudes d'intempérance par le besoin d'effacer le chagrin que lui cause cette maladie. Cette explication ne peut faire oublier son hérédité toxicomane ; sa mère en effet prend de la morphine depuis des années.

Bien qu'il soit profondément intoxiqué, et que nous ayions craint une crise de *delirium tremens*, les choses s'arrangent assez rapidement. Malgré nos conseils, le malade se sentant transformé a voulu au bout d'un mois reprendre sa vie habituelle, grave erreur thérapeutique.

OBSERVATION XXXIX

Dipsomanie alcoolique. Mort par cirrhose hépatique.

De 1907 à 1926 M. X... a fait dix séjours à la maison de santé. Quand nous fîmes sa connaissance il abordait la quarantaine ; il avait mis un terme à une carrière financière, et liquidé par le divorce un premier mariage. Fin et racé, fils d'une des grandes figures médicales françaises, frère d'un auteur dramatique connu, X... avait reçu d'une mère morphinomane une tendance impulsive

au toxique ; dès l'âge de 22 ans il avait manifesté des accès légers de toxicomanie alcoolique.

X... s'analysait parfaitement ; il racontait que, soit à son bureau soit chez lui, il était pris brusquement d'un malaise nerveux indescriptible, d'une angoisse morale qui l'étreignait douloureusement et le contraignait absolument à partir. Il trouvait refuge dans le premier café venu, avalait une absinthe, retrouvait un autre café, en prenait une deuxième, puis une troisième ailleurs ; il marchait dans un demi-rêve, tenaillé par le même besoin, tandis qu'une voix intérieure lui reprochait son acte. Sans souci ni des heures ni des lieux, il s'échouait au fond d'un cabaret de faubourg au sein du public qui hante les estaminets borgnes, et là il buvait, accoudé à la table, pendant la nuit entière ; le lendemain, lorsqu'enfin ivre-mort il s'affalait, le tenancier qui l'avait fouillé pour trouver son adresse hélait un fiacre et le faisait ramener chez lui dans un état lamentable, couvert d'évacuations digestives de toute sorte. On essaya d'une cure prolongée dans un établissement spécialisé ; il en sortit, retomba, y revint jusqu'au jour où cette maison, pour des raisons étrangères à la médecine, disparut. C'est alors que sa seconde femme nous le confia. Il passait généralement 2 ou 3 mois à la maison de santé, toujours avec le même espoir de guérison. Les accès dipsomaniaques s'étaient rapprochés, entraînant à la longue des troubles hépatiques et urinaires (urines rares, couleur porto ; gros foie faisant l'accordéon après sevrage), des douleurs névritiques, des hémorragies, et un certain degré d'obnubilation intellectuelle. Entre les accès réapparaissaient affabilité, courtoisie, et culture intellectuelle. Bien qu'à travers tous ces avatars le malade eût dilapidé une très belle situation matérielle et perdu sa charge, il essayait à chacune de ses sorties de se remettre aux affaires où il faisait preuve d'une compétence de premier ordre.

Pour éviter à sa seconde femme les émotions données à la première (avec laquelle d'ailleurs il était resté dans les meilleurs termes), il prévoyait ses rechutes, gardant sur lui une carte au moyen de laquelle il demandait à quiconque le ramasserait de le ramener non chez lui, mais à la maison de santé. Quand il avait disparu de son domicile nous étions toujours alertés par sa femme qui, ne sachant ce qu'il était devenu mais connaissant son triste curriculum, nous priait de la prévenir dès qu'on l'amènerait. Il nous arrivait en effet 48 heures après, de jour ou de nuit, dans un

état d'ivresse voisin du coma : le cocher qui le débarquait ne pouvait s'empêcher de grommeler que ce n'était pas un métier que de charrier des clients de cet ordre, qui souillaient les coussins de la voiture. Nous voyions entrer un Bacchus souriant. Son demi-coma et son gâtisme duraient encore 48 heures. Il sortait lentement de ses équipées, avec un gros amaigrissement et du subictère, gardant pendant quelques jours un sentiment de honte et de tristesse. Tout cela s'effaçant il redevenait aimable, souriant, et narrait volontiers les états d'âme successifs qui le faisaient passer d'une absolue tranquillité à l'impulsion dipsomaniaque consciente et irrésistible. Son foie finit par se scléroser ; une ascite volumineuse se forma, et il s'éteignit à la maison Dubois après un séjour de plusieurs semaines ayant nécessité des ponctions répétées.

OBSERVATION XL

Dipsomanie alcoolique chez un épileptique à crises très rares.

M. X., avocat canadien, âgé de 38 ans, est amené à la maison de santé par son beau-frère dans un état d'ivresse voisin du coma.

Dès l'âge de 15 ans il avait des tendances périodiques à boire. Ces tendances s'accroissent progressivement ; à 25 ans, les accès dipsomaniaques apparaissent deux ou trois fois dans l'année. Le caractère est difficile, inégal ; le patient est souvent triste, dégoûté de vivre. Il fait de nombreux séjours en maison de santé, aux Etats-Unis, en Suisse où, immédiatement avant d'entrer chez nous, il vient de passer un an. La dipsomanie très nette au début a fini par se muer en alcoolisme chronique ; le malade livré à lui-même garde des habitudes d'intempérance entre les accès ; au cours de ceux-ci il absorbe des doses croissantes d'eau-de-vie, doses qui atteignent parfois 1 /2 litre par jour, et qui le précipitent dans le coma.

Dégrisé, écoeuré, repentant, il accepte la cure d'isolement. Il se présente comme un mélancolique déprimé, avec des idées obsédantes d'indignité, de culpabilité, de remords vis-à-vis de ses parents ; avec des craintes variées, et des idées de suicide. Il n'y a aucun signe clinique d'affection organique du système nerveux, aucun affaiblissement intellectuel. Du point de vue somatique, on trouve un foie un peu gros, des réflexes un peu lents. Bien entendu

il existe des signes d'alcoolisme : anorexie, pituites, vomissements, cauchemars, crampes, empâtement de la parole, douleur à la pression des masses musculaires.

Pendant un an le patient reste sous la surveillance la plus étroite, sans faire la moindre tentative pour sortir. A trois reprises il apparaît dans un état d'anxiété vive avec redoublement d'inquiétude et tendance à l'agitation ; il nous prévient que ces troubles annoncent l'impulsion à boire. De plus, nous observons chez lui, à deux reprises, une crise d'épilepsie typique avec perte totale de connaissance, morsure de la langue, émission d'urine. Ces phénomènes seraient les premiers ; mais il y aurait eu déjà des vertiges avec perte de connaissance, et, dans l'adolescence, des tendances aux fugues. En tout cas ils permettent d'instaurer un traitement symptomatique, et d'éclairer la famille sur le pronostic évidemment réservé.

Le malade reprend sa liberté, reste pendant un an à Paris, bien portant. Nous avons appris l'apparition d'une rechute, puis nous l'avons perdu de vue.

OBSERVATION XLI (*personnelle*)

Alcoolisme aigu au porto chez un sujet ayant subi une gastro-entérostomie pour ulcus.

M. X., âgé de 47 ans, tenancier de café, blessé de guerre, entre à la maison de santé le 10 avril 1936.

Il a perdu son enfant unique d'une méningite.

Il a subi en 1925 une gastro-entérostomie pour ulcus et depuis ce temps il se nourrit avec peine, sans appétit. Pour pallier à cet état de choses, dit le malade, il a été petit à petit amené à s'abreuver de porto, en absorbant jusqu'à 2 litres par jour. Il n'aime pas le vin, et il ne semble pas qu'il prenne d'autre alcool. Souvent il vomit, au lever.

Le 7 avril il est pris d'hallucinations visuelles et auditives extrêmement violentes, de délire onirique : il s'agite, alerte sa femme, se croit menacé par les sujets des photographies suspendues au mur, sujets qui quittent leur cadre à cet effet ; des suffragettes sont dans son armoire et en sortent avec fracas pour danser autour de lui une ronde infernale ; elles ont placardé des affiches portant

un canon braqué sur son café. Affolé, le patient se précipite en pleine nuit chez sa concierge et veut appeler « police-secours » pour mettre un terme au scandale. Le médecin prévenu essaie de le calmer, entre dans son délire, demeure avec lui jusqu'à l'aurore. Le retour du jour apporte un peu de paix, et on nous amène le malade.

Il s'agit d'un épisode aigu et classique de délire alcoolique. Dès l'entrée on baigne, on alite, on purge le patient, et on lui donne du vin blanc mêlé à de la queue de cerises, boisson que, comme ses confrères en alcoolisme, il trouve excellente. La première nuit est plus calme, grâce au bromure + chloral.

La température oscille autour de 37°6. Les conjonctives sont jaunes, le foie un peu gros et douloureux. Il existe du tremblement des membres supérieurs, une légère douleur à la pression des masses musculaires ; pas de troubles photo-moteurs ; une réflectivité tendineuse un peu faible ; enfin ni sucre ni albumine dans les urines.

Mis au régime fruito-végétarien avec boissons abondantes (queue de cerises lactosée), le malade somnole, ravi de ne pas avoir été suivi par les suffragettes ; il transpire abondamment ; la trémulation diminue, l'onirisme baisse. Le moment critique est passé, le malade a frisé le *delirium tremens*.

Bien entendu, sans prendre garde à nos conseils pressants, il sort trop tôt, à la fin d'avril.

OBSERVATION XLII (*personnelle*)

Alcoolisme chez un enfant.

Le jeune X., âgé de 12 ans et demi, est amené à la maison de santé le 18 mars 1936 parce que depuis six jours il se livre à des actes de violence sur son entourage ; il s'agite, injurie et bat ses parents, enfin casse tout ce qui se trouve à sa portée. Par moments il aurait perdu connaissance.

C'est un enfant pâle et maigre (il pesait 4 livres à la naissance, et a été élevé avec difficulté) ; il est encore excité, et se répand en menaces contre sa famille et contre ses médecins, menaces formulées dans un langage des moins châtiés.

Il se plaint de céphalée, tousse un peu ; la température est à 37°7, le pouls rapide. Le foie déborde de deux travers de doigt

les fausses côtes. Enfin le sommet gauche est suspect et devra faire l'objet d'un examen radiologique. L'intelligence est peu développée ; le travail est, paraît-il, très peu satisfaisant.

La seule vue de la mère, d'une part, l'interrogatoire attentif des parents et de l'enfant, d'autre part, montrent l'existence d'un éthylisme familial ; la mère s'enivre constamment et donne du vin à son fils chaque fois qu'il a soif ; il en absorbe 1/2 litre à 1 litre par jour, coupé d'eau de Vichy ; de plus, bien que le père, qui fait le service des Halles, ne s'enivre pas et réprouve la faiblesse de sa femme, il emmène l'enfant au café ; soit là soit à la maison, ce dernier prend du Byrrh, du Pernod, etc... en moyenne un apéritif avant chaque repas.

Il prétend ne pas aimer spécialement ces boissons ; de fait il s'en passe le plus facilement du monde à la maison de santé.

Isolé, alité, mis au régime, purgé, il a changé d'aspect en quelques jours, il a bonne mine, il est souriant, poli, tranquille.

Cette observation n'entre pas strictement dans le cadre de notre thèse ; nous tenons cependant, grâce à elle, à illustrer cœ que nous avons dit du désastre moral et social qu'entraîna l'alcool ; notre petit malade, malheureusement comme tant d'autres, s'il reste dans son milieu, est voué à la dégradation physique et morale, voire au crime dont ses parents seront peut-être les premières victimes.

S'il arrive à l'âge d'homme (et les soupçons de tuberculose qui pèsent sur lui permettent d'en douter) il fera souche de dégénérés comme lui.

Bien entendu, sa mère obnubilée par l'alcool, ne comprend rien au langage de la raison, et se refuse à croire à sa responsabilité. Elle ne pense qu'à reprendre incessamment son enfant.

Elle vient à la maison de santé dans ce but, contre l'avis de son mari et dans un tel état d'ivresse qu'il ne peut être question de la satisfaire. Enfin le 7 avril à notre très grand regret nous avons dû rendre l'enfant aux deux parents venus le chercher malgré nos conseils. Le père compte l'envoyer à la campagne, chez ses grand'parents où la mère parle déjà de le suivre.

OBSERVATION XLIII

Morphino-cocainomanie chez un psychopathe périodique héréditaire.

M. X... entre à la maison de santé en 1903 à l'âge de 38 ans.

Fortuné, désœuvré, depuis plusieurs années il prend, en injections sous-cutanées, de la morphine et de la cocaïne à doses très fortes (3 à 4 grammes de morphine, 1 gr. 50 de cocaïne par jour, en cinq à six piqûres). Il a déjà subi, à la clinique de Boulogne, plusieurs désintoxications. Comme à ses autres faiblesses il joint la manie du jeu, il a fortement écorné une immense fortune.

C'est le prototype du cyclothymique très raffiné de culture et d'éducation, profondément blasé, ayant cherché toutes les sensations ; voyages, sport (écurie de courses, chasses africaines), vie mondaine ont tour à tour attiré son dilettantisme et émoussé sa sensibilité. Dégoûté de la vie, dans ses phases de dépression à périodicité hivernale il trouve le revolver et la corde trop inélégants pour quitter ce monde, et il se jette dans les toxiques pour oublier.

Cet homme, qui de par sa situation sociale pourrait aspirer à une vie brillante, a été en raison de son hérédité (mère mélancolique avérée), amené à trainer, pour s'évader de sa tristesse intermittente, une existence abominablement déréglée. Pendant l'un des séjours bisannuels qu'il faisait à la maison de santé, il nous raconta comment il avait, en amateur, comme beaucoup de ses collègues du cercle, pris l'habitude de la morphine ; comment, de doses minimes, il avait grimpé à des doses très fortes en raison de son excès en toute chose ; enfin comment, pour se soustraire à la dépression que ces doses entraînaient il leur avait adjoint la cocaïne, tant pour neutraliser les douleurs des injections concentrées (0 gr. 04 par centimètre cube, dose de saturation, piqûre hyperdouloureuse) que pour chercher l'effet toni-excitant de cette piqûre au début, et dans le vague espoir qu'elle l'aiderait à se protéger contre la morphine. Il est un exemple très net de ce fait bien connu qu'un morphinomane prenant de la cocaïne en injections sous-cutanées concomitantes est obligé de doubler ou de tripler les doses de morphine.

Malgré cela, X... ne délirait pas, mais il devenait extrêmement

impulsif ; pendant les périodes de sevrage fait par la méthode rapide en 8 à 10 jours, il lui est arrivé de se livrer envers son entourage à des actes de violence qui auraient pu se terminer par un homicide : c'est ainsi qu'un jour, étant au lit, après avoir très doucement et en souriant demandé une piqûre à son médecin, en un clin d'œil il saisit et lance à toute volée vers lui son pot de boisson, qui lui effleure le visage avant d'aller réduire en mille miettes la glace qui se trouvait au-delà. Immédiatement, blême, tremblant, le patient se ressaisit et s'excuse ; l'impulsion brutale, et qui aurait pu être meurtrière, est passée comme un coup de vent. Il ne réclama plus sa piqûre.

Au cours des sevrages successifs sa générosité lui faisait, avant d'entrer en clinique, rechercher dans les milieux de la galanterie féminine de malheureuses intoxiquées auxquelles il offrait une cure, bien qu'elles lui fussent à peu près inconnues (depuis sa toxicomanie il avait dédaigné les femmes, et était devenu homosexuel). Autre trait de générosité impulsive : il fit un jour commander et distribuer au personnel de la maison de santé vingt montres en or. Il faisait venir trois fois par semaine un quatuor à cordes qui pendant deux heures donnait un concert classique aux autres malades, avec lesquels il ne voulait avoir aucun rapport ; il se cachait même à ces moments. Autre trait encore : quelques jours avant de quitter la maison de santé il commandait un fiacre, y installait son infirmier, priait le cocher de fouetter le cheval, et quand celui-ci avait pris le trot, lui-même le suivait au pas gymnastique, puis rétribuait d'un pourboire royal l'automédon ébahi.

Tous ces à-côtés révèlent chez X... les signes de la psychose obsessionnelle dont il était atteint depuis sa prime jeunesse, et qui avait fait de cet homme d'une fine intelligence et d'une haute culture un inutile et un détraqué.

Après nous avoir demandé de le recevoir une « Ne » fois, au lieu de se mettre en route il télégraphie qu'il n'entrera pas, mais qu'il va en finir en s'injectant une forte dose de morphine et de cocaïne.

Le lendemain nous apprenions sa mort.

OBSERVATION XLIV

Dipsomanie morphino-cocaïnique chez un psychopathe périodique ayant contaminé sa femme et son beau-frère; deux suicides, une mort par broncho-pneumonie.

Le colonel X., âgé de 44 ans, entre en 1902 à la maison de santé, et jusqu'en 1915 il y fera de longs séjours annuels.

C'est un morphino-cocaïnomanie de longue date, et son observation a été publiée vers 1885 par les docteurs MAGNAN et SAURY comme l'un des premiers cas observés en France.

Alsacien d'origine, remarquablement intelligent, ancien Saint-Cyrien, X. a fait une carrière rapide dans l'armée coloniale; il a pris part à la campagne du Tonkin comme aide de camp du général Brière de l'Isle, et a été gravement blessé au coude droit. En 1887, le jour de l'élection du général Boulanger, il fut chargé, avec deux cents hommes, de barrer éventuellement rue Royale la route de l'Elysée aux partisans du général. Lors de l'incendie du Bazar de la Charité, il se jeta à plusieurs reprises dans le brasier, sauvant trois personnes, et se retirant grièvement brûlé à la poitrine et aux bras.

Cet homme de haute valeur, colonel à 38 ans, vit sa carrière brisée à 44 ans par sa toxicomanie à la suite d'un incident ayant eu lieu à Cherbourg. Le général devait passer sur l'esplanade la revue de deux régiments coloniaux. Le colonel, qui avait ce jour-là pris de la morphine et de la cocaïne, arrive à la tête du sien qui s'aligne; sans attendre le général, il passe lui-même la revue, fait défiler les troupes, qui rentrent à la caserne, laissant une place vide pour l'arrivée du chef. Cet incident n'étant pas le premier, le colonel X fut mis en disponibilité, puis à la retraite quelques mois après.

Il avait débuté dans l'intoxication, comme beaucoup d'officiers coloniaux ayant servi en Chine, en fumant l'opium; celui-ci l'aida à supporter la rude campagne du Tonkin; pour se tenir en éveil d'une façon constante il y avait adjoint la cocaïne. De 1885 à 1902 il avait effectué des cures de désintoxication, à Suresnes, à Boulogne, cures suivies d'assez longues rémissions pendant lesquelles il reprenait du service. C'est ainsi qu'il fut appelé, étant commandant, à remplacer le colonel Klobb assassiné à Tombouctou. Il sut, avec des moyens limités, pacifier le pays tant par son autorité intelligente

que par ses exploits médicaux. Faute de « toubib » c'est à lui que s'adressaient les indigènes, et comme il n'avait pas perdu l'habitude des calmants, pour toute espèce de douleur il injectait 0 gr. 01 de morphine, parfois plus, récoltant émerveillement et gratitude. C'est ainsi qu'il passa les quinze ou seize mois de son séjour à Tombouctou, sans anicroche sérieuse.

Raconter toutes ses extravagances serait interminable. La morphine seule ne lui donnait jamais aucune idée délirante, mais pour s'en procurer il était capable des aventures les plus extraordinaires. Au moment où il commandait la petite île de Kouang-Tchéou-Ouan, le précieux toxique lui manque un jour ; sans hésiter, il frète un bateau, quitte son poste, et ramène de la rive continentale une provision considérable ; cette petite fugue avait coûté 20.000 francs. En Chine il se contentait de la morphine parce qu'il était facile de s'en procurer, et que, occupant comme il le faisait des postes importants, il avait encore le sens de ses responsabilités, conscient que la cocaïne amenait chez lui hallucination et délire.

Son père, sa mère, d'après ses dires, étaient de grands nerveux ; lui-même, malgré son exceptionnelle intelligence et son courage capable de tous les héroïsmes, était un phobique et un émotif qui redoutait les moindres douleurs physiques, ce qui l'amenait à s'insensibiliser à l'occasion de la plus petite souffrance, fût-ce une rage de dents.

A l'arrivée à la maison de santé il prenait en moyenne 4 à 5 grammes de morphine et 1 gr. 50 à 2 grammes de cocaïne pro die. Il a de l'œdème des membres inférieurs et lorsqu'il prend de la morphine-cocaïne, le facies bismarckien qui, lorsqu'on le connaît bien, permet un diagnostic certain. Nous supprimons toujours brusquement la cocaïne dès l'arrivée. Celle-ci amenait chez lui un état d'agitation surtout nocturne, avec hallucinations auditives toujours conscientes, et hallucinations cutanées qui l'obligeaient à se gratter sans arrêt ; plusieurs fois nous l'avons surpris armé de pinces métalliques avec lesquelles il prétendait extraire de sa peau des vers imaginaires. La cocaïne éveillait également chez lui un délire de persécution et de jalousie. Dans les périodes de sevrage, il racontait que, arrivant le matin au rapport, il s'entendait dire des grossièretés (« imbécile », « cocu ») par son lieutenant-colonel et par ses commandants ; il se contentait, sans y répondre, de jeter des regards furieux à ses collaborateurs et d'abréger la durée du rapport.

D'autre fois la cocaïne entraînait des troubles coenesthésiques : il croyait avoir perdu la moitié de son corps ; aussi, couché près de sa femme, il se relevait violemment, saisissait son sabre et son revolver, croyant qu'entre eux quelqu'un s'était glissé. Nous l'avons vu à la maison de santé se tenir une nuit entière sur le seuil de la porte, surveillant à la fois sa chambre et le couloir, croyant entendre la voix de M^{me} le Docteur Sollier, qui l'avait autrefois soigné, et qui venait le chercher pour l'interner. A l'une de ses cures, à peine entré depuis 48 heures à la maison de santé, la nuit, sous prétexte de se rendre au W. C. il saute le mur, arrête un taxi, se fait conduire à Château-Thierry, saute le mur d'une maison de santé où il avait fait entrer sa femme pendant sa cure à Paris, s'assure qu'elle est bien seule dans son lit, l'embrasse, saute à nouveau le mur, et rentre au petit jour chez nous où on l'avait en vain cherché toute la nuit.

Ses cures se passaient toujours bien. Les premiers temps, comme il le disait, il « se constituait prisonnier », se mettait à l'abri pour ne plus augmenter les doses et pour supprimer la cocaïne, mais il voulait choisir le jour et l'heure de la démorphinisation. Il n'était ruse dont il ne fût capable pour se procurer, même enfermé dans sa chambre et privé de ses vêtements comme de son argent, de la drogue à la maison de santé. Il se faisait envoyer par le Crédit Lyonnais de Cherbourg (lui qui habitait Fontainebleau) une lettre chargée dont la suscription indiquait un contenu de quelques billets de banque ; ouverte en sa présence, l'enveloppe laissait échapper une dizaine de grammes de morphine. Une autre fois, X. qui était grand liseur et écrivait à ses heures, se fait adresser par le fabricant un litre d'encre noire, avec la fermeture et tous les cachets d'origine ; la bouteille ayant été ouverte devant lui on trouve, nageant dans l'encre, un tube de verre scellé contenant 3 grammes de morphine. Lors de son entrée, il fallait visiter ses vêtements de fond en comble ; il mettait de la morphine dans les semelles de ses souliers. Il excellait à confectionner des ébauches de seringues avec deux épingles, de la cire, et un bout de tube de verre ; et quand, arrivé au 0 toxique, il trouvait derrière le ruban d'un chapeau, la couture d'une chemise de nuit, encore quelques décigrammes de drogue pouvant être dissous, il se les injectait ; si bien que, s'étant un jour fait une piqûre malpropre, il eut un énorme phlegmon juxta-articulaire de l'avant-bras gauche qui nous donna les plus vives inquiétudes. Il avait conservé des relations dans l'armée, et

nous avions à nous défendre contre les menées des sous-officiers du 23^e colonial qui, à son appel, sautaient de nuit le mur pour déposer dans notre jardin, sous des pierres, des paquets de morphine.

Enfin, un beau jour, il faisait, selon son expression « cesser l'état de guerre » avec les médecins, il se rendait et en 4, 5, 6 jours on pouvait l'amener au 0. Il se mettait à la diète lactée, prenait à la façon des Chinois deux à trois fois par jour une cuillerée à soupe de sulfate de soude, et s'immobilisait comme un Bouddha. Immobilité absolue, diète, sulfate de soude, constituaient pour lui le trépied du sevrage rapide, et douloureux au minimum, L'insomnie persistait à peu près complète durant 3 semaines, mais même dans les périodes de bonne santé il n'avait jamais dormi que peu d'heures par nuit. Au bout de 3 semaines il retrouvait sommeil et embonpoint. Ses facultés se rééquilibraient, mais il conservait une teinte de tristesse et de dépression sous laquelle on sentait percer la nostalgie de l'opium.

Bien entendu, comme beaucoup de morphinomanes il avait morphinisé sa femme (sans lui donner de cocaïne). Quand il sortait guéri, il rentrait chez lui, la retrouvait sous l'influence de la drogue ; il la faisait soigner tandis que lui-même retombait, tant et si bien que cette malheureuse femme, moins résistante que lui, et que nous traitâmes à plusieurs reprises, finit par se cachectiser et succomba un jour à une broncho-pneumonie.

Une fortune considérable fut gaspillée par ce ménage de toxicomanes ; les deux filles durent être élevées à la Légion d'honneur. Le colonel X, non content d'avoir morphinisé sa femme, convertit aussi (toujours sans cocaïne) son beau-frère, officier comme lui, mais de tempérament mélancolique et hypochondriaque ; ce dernier après deux essais de guérison effectués à quelques années d'intervalle, finit par se suicider.

La guerre surprit X. en proie à sa morphine, à sa cocaïne ; il leur avait ajouté des apéritifs, et l'alcool avait précipité sa déchéance physique et morale. Il s'occupait à peine de ses enfants ; sa situation matérielle s'était beaucoup réduite. Il avait une conscience douloureuse de cet état de choses, et souffrit atrocement de se voir refuser un commandement. Un gros état mélancolique s'ajouta à sa triple intoxication ; il vint se confier à nous ; mais, ses moyens ayant beaucoup diminué, il se déclara indigne de notre amicale hospitalité, et entra au Val-de-Grâce où il demeura quelques mois. Une

après-midi de 1915, il en sortit accompagné par sa vieille gouvernante, s'assit avec elle à la terrasse d'un café, et là, brusquement, sans que rien ait laissé prévoir son geste, il se coupa la gorge avec un rasoir.

OBSERVATION XLV

Dipsomanie morphino-cocaïnique et accessoirement alcoolique.

M. X., avocat, était à l'aube d'une belle carrière lorsqu'un jour, autant par dilettantisme qu'à la suite de douleurs hépatiques, il goûta à la morphine. Le bien-être éprouvé le précipita rapidement dans les doses élevées (comme il arrivait à la plupart des toxicomanes d'avant-guerre). Nous le vîmes pour la première fois en 1902, dans un état tel que l'euphorie, les troubles de la parole et du comportement, l'inégalité pupillaire et les perturbations du sens moral nous firent penser, au premier examen, qu'il s'agissait d'un syndrome de paralysie générale. Les urines rares, de couleur porto, témoignaient de la souffrance hépatique sous l'influence des trois toxiques combinés.

Pendant dix ans ce fut une série de guérisons et de rechutes qui amenaient le malade au moins deux fois l'an à la maison de santé ; chaque fois il sortait guéri, et deux ou trois mois après, la rechute survenait, foudroyante. Il nous décrivit l'un de ses retours à la drogue : tranquille, se promenant le soir sur le boulevard, la vue d'un globe rouge ou bleu brillant à la devanture d'une pharmacie réveillait l'idée du toxique ; celle-ci devenait immédiatement si impérieuse qu'elle le clouait au trottoir avec une sensation de constriction pharyngée, la bouche sèche, le corps frissonnant... il se précipitait alors dans l'officine, se faisait délivrer une seringue et une solution, sous prétexte de crise hépatique brusque ; il se rendait au prochain urinoir, se piquait, jetait la seringue ; convaincu que cette impulsion n'aurait pas de lendemain, il rentrait chez lui, apaisé.

Après deux ou trois jours de tranquillité, l'idée obsédante opérait un retour offensif ; il se précipitait de nouveau chez un pharmacien, et cette fois l'intoxication suivait un rythme accéléré. Très rapidement il atteignait 3 à 4 grammes par 24 heures ; de plus, sous prétexte d'atténuer la douleur de l'injection et aussi dans l'espoir d'en-

raier la morphinomanie il ajoutait de la cocaïne à la morphine. Les proportions du mélange quotidien atteignaient 4 grammes de morphine et 1 gr. 50 de cocaïne ; les intoxications en appelant d'autres, il prenait aussi des Amers-Picon, et des absinthés.

A ce point, il n'était plus question de vie professionnelle ; en raison du désordre des actes et de l'ivresse quasi-permanente, la vie de la femme du malade, fille d'un écrivain bien connu, devenait un martyre, et la famille demandait l'entrée en maison de santé.

A cause de l'oligurie et de la teinte foncée des urines, nous attendions toujours que la diurèse normale s'établît, avant de procéder au sevrage complet. Nous arrivions au « 0 » en quinze à dix-huit jours, et ce sevrage semi-rapide était, malgré les souffrances des quarante-huit premières heures, toujours courageusement supporté.

Pendant dix ans, nous eûmes à opérer quinze désintoxications chez ce malade, et les doses des toxiques, quand il arrivait, étaient toujours au même niveau.

A plusieurs reprises la complication hépato-rénale s'est accompagnée d'abcès multiples qui poussaient en une nuit, sans « tumor » ni « calor » ni « dolor » ; on quittait le malade le soir sans avoir rien remarqué d'anormal à la peau, et le lendemain l'on constatait la présence de douze à quinze abcès se comportant comme des abcès froids, et donnant issue, après incision, à un pus plus ou moins lié, et affreusement malodorant.

L'atteinte de la santé générale paraissait toujours marquée à l'entrée ; quant aux troubles psychiques, ils disparaissaient complètement après quelques jours d'isolement, d'alitement, de purgation. Nous pratiquions, bien entendu, une suppression brusque de la cocaïne, et nous mettions de quinze à vingt jours à supprimer la morphine. Six semaines après le « 0 », le malade retrouvait appétit, sommeil, poids, bref un bon état général.

Il rentrait chez lui, menait pendant quelques semaines une existence normale, pour retomber brutalement.

Après dix ans d'effort, il alla se fixer en province avec sa famille ; délivré de certains soucis matériels qu'il invoquait pour justifier ses rechutes, il a pu reprendre une existence semi-normale. X. avait eu une adolescence assez tumultueuse. Avec deux amis, qui depuis ont fait leur chemin et quelque bruit en France, il constituait au lycée et plus tard à la Faculté un triumvirat redoutable qui exerçait au Quartier latin, à la force du poing, une véritable dictature.

Quand les exploits dudit triumvirat excédaient par trop les limites permises, la Présidence de la République intervenait pour sauver des conséquences de leurs actes les jeunes turbulents. L'un d'entre eux, bien qu'approchant aujourd'hui de 70 ans, n'a pas abdiqué, et tient en littérature une plume fougueuse de polémiste.

X. offrait à l'observation, pendant les dix ans de traitement, les signes manifestes d'un état cyclothymique fait d'alternances dépressives avec préoccupations hypochondriaques pendant lesquelles il allait à la morphine pour se remonter et se calmer, et de phases hypomaniaques au cours desquelles un optimisme sans bornes succédait à la dépression ; il faisait alors des dépenses fastueuses de tendance mégalomane qui lui faisaient oublier quelque peu ses devoirs de chef de famille, et qui l'avaient brouillé avec ses parents. Il prétendait tenir cette hérédité psycho-névropathique de sa mère. Son père avait illustré le barreau.

Vingt-deux ans après la dernière cure nous avons eu des nouvelles de X. qui aurait trouvé son chemin de Damas, et qui menait depuis quelques années une existence paisible.

OBSERVATION XLVI

Impulsions dipsomaniaques. Alcoolisme et laudanomanie. Psycho-névrose.

M^{me} X., âgée de 46 ans, entre à la maison de santé pour faire traiter des troubles psychonévrosiques caractérisés par une impulsion à prendre de l'alcool, qu'elle remplace plus tard par le laudanum.

Elle explique ses tendances morbides par le chagrin que lui a causé le caractère de son mari et l'attitude de ce dernier à son endroit (il s'est séparé d'elle lui laissant en grande partie la charge de leur fille).

Elle s'est réfugiée chez sa mère, qu'elle accuse d'égoïsme et à qui elle reproche de ne rien faire pour améliorer sa situation. Dans son ménage, elle avait des impulsions à boire de l'alcool à cause du caractère de son mari ; ici elle a des impulsions à boire de l'alcool et du laudanum, à cause du caractère de sa mère.

Par deux fois depuis trois ans la malade est venue faire une cure

de sevrage qui se passe très simplement : isolement, alitement, purgation, hydrothérapie, psychothérapie ; aucune drogue. Le sommeil revient, l'alimentation se fait mieux ; mine, poids, humeur s'améliorent. La patiente prétend que si les choses s'arrangeaient entre elle et son mari tout rentrerait dans l'ordre, et elle insiste pour qu'on intervienne auprès de lui pour faire cesser la séparation. Connaissant trop bien le caractère de sa femme il persiste dans son ostracisme.

Cette observation banale montre nettement le fonds paranoïaque de cet état mélancolique discontinu avec impulsions hypomaniaques, et l'influence du psychisme sur la toxicomanie ; cette dernière est un moyen d'évasion pour les ennuis réels ou chimériques.

OBSERVATION XLVII

Polytoxicomanie morphino-alcool-cocaïnique chez un psychopathe cyclothymique. Suppression brusque spontanée. Rechutes.

M. X., âgé de 42 ans, entre à la maison de santé en 1902. Fils d'un grand industriel de la région du Nord, il est explorateur. Il a pris part à plusieurs missions africaines.

C'est le type du cyclothymique constitutionnel à prédominance hypomaniaque, qui lors de ses crises dépressives assez espacées est allé d'instinct à l'opium. Il n'en est pas resté là, et il prend avec de la cocaïne force gins et force whiskies ; bien que Français, il affecte une allure anglaise.

A l'entrée il prend 3 gr. 50 de morphine et 1 gr. 50 de cocaïne sous la peau en 4 piqûres quotidiennes. Ces doses sont assez bien supportées, mais la cocaïne entraîne des idées de persécution surtout marquées à l'endroit de sa famille.

C'est un récidiviste. Il a déjà fait plusieurs cures de désintoxication, et il raconte que, s'étant embarqué au Caire pour traverser l'Afrique jusqu'au Cap, arrivé sur le Haut Nil et prévoyant un jeûne toxique, il préféra se mettre en suppression brutale avant de débarquer, et il jeta dans le Nil drogue et seringue : il prenait alors 3 grammes de morphine et 1 gramme de cocaïne pro die.

« Après 24 heures de ce sevrage volontaire et irrémédiable » disait-il, « je devins fou à lier et on dut pendant une semaine m'attacher à bord. Ce fut ma plus belle cure, car durant l'année que je passai à mon voyage transafricain, je ne pus avoir de toxique ». « Je me ferai sauter la cervelle avec autant de désinvolture, de sang-froid et de facilité, lorsque j'aurai assez de la vie ou que je me sentirai vieillir », ajoutait-il.

Son sevrage est mené en un septenaire (méthode rapide), et malgré les 4 ou 5 jours très durs qui suivent le 0 toxique, la convalescence est rapide. Le malade quitte la maison de santé 2 mois après son entrée, tellement transformé physiquement que sa vieille mère, contre laquelle surtout le dressait la cocaïne, ne pouvait qu'avec peine le reconnaître.

OBSERVATION XLVIII

Polytoxicomanie chez un cyclothymique à prédominance dépressive.

Le docteur X., âgé de 55 ans, fils de médecin, a fait depuis 1919 quatre séjours à la maison de santé. C'est un ancien médecin colonial qui a passé une grande partie de sa carrière à Madagascar et au Congo ; il a pris sa retraite après la guerre et il fait de la clientèle en province. Quoique vigoureux d'aspect c'est un phobique, il a grand peur de mourir ; surtout c'est un grand aboulique. Il est spécifique et paludéen.

Pendant son séjour aux colonies, dans les périodes de découragement il a touché à l'opium à doses très faibles et d'une manière intermittente (pantopon, morphine), et à la cocaïne ainsi qu'à l'éther. Il n'est entré vraiment dans la toxicomanie qu'en province, livré à des ennuis d'ordre sentimental. Il s'est laissé entraîner dans une liaison avec une femme mariée déséquilibrée persécutée persécutrice qui à chaque instant lui fait des scènes de jalousie atroce, entre chez lui violemment, frappe ses serviteurs, casse son mobilier : rupture, reprise. Le confrère s'évade dans la morphine pour résister aux tracasseries que lui cause cette excitée qu'il n'a pas la force de quitter.

Il monte jusqu'à 0 gr. 40, 0 gr. 50, et quand ces doses, qu'il ne

peut freiner, l'incommodent, il vient à la maison de santé demander une cure de sevrage.

Il est pusillanime ; d'autre part, si on le désintoxique très rapidement, son cœur se ralentit jusqu'à 42 pulsations à la minute; aussi met-on de 20 à 30 jours à descendre au 0 toxique. Très docile, il ne quitte la maison de santé que lorsque son sommeil est complètement revenu, y passant généralement 3 mois dans le repos, et dans l'isolement le plus complet.

Il resterait probablement guéri s'il se trouvait dans des conditions de vie normales, mais son aboulie ne lui permet pas de mettre un terme à sa fâcheuse liaison dans laquelle il retombe immédiatement.

Les scènes de jalousie recommencent, les malades de sexe féminin sont invectivées, les domestiques battus, les meubles housculés. Le docteur X... tient tant qu'il peut, mais il arrive à être acculé et à craindre de « commettre un crime, de l'étrangler pour se débarrasser d'elle » ; pour éviter un drame il se repique.

Nous n'avons pu, malgré tous nos efforts, le décider à rompre, ou tout au moins à fuir, bien qu'il sache que ce soit pour lui le salut.

OBSERVATION XLIX

Alcoolisme et morphinomanie. Cures écourtées. Rechutes. Mort en delirium tremens.

M. X..., âgé de 38 ans, entre en 1904 à la maison de santé, atteint de phénomènes d'alcoolisme subaigu.

Extrêmement robuste, fortuné, marié, père de deux enfants, il mène une existence oisive partagée entre les courses, les cercles, et les lieux où l'on fait la fête à Paris. Il boit chaque jour depuis des années nombre d'apéritifs (surtout du vermouth) et quelques absinthes ; en outre : du Bourgogne à chaque repas, du cognac après ceux-ci. Gros mangeur, grand buveur, très sportif, il a résisté pendant des années, lorsque, quelques jours avant son entrée à la maison de santé, il a éprouvé la nuit des phénomènes hallucinatoires avec délire panphobique, phénomènes qui ont nécessité son admission.

Depuis quelques mois, à l'alcool X... avait ajouté, pour calmer l'énervement ressenti, et sur le conseil d'amis toxicomanes, 0 gr. 05 à 0 gr. 06 de morphine par jour.

La technique suivie pour la cure a été celle que nous employons toujours : isolement strict du milieu, alitement complet, régime fruito-végétarien, grands bains prolongés, purgations quotidiennes ; de plus, pendant quatre jours, du vin aux repas, à doses décroissantes : 1 litre le premier jour, puis 1/2 litre, 1/4, 1 verre. Huile camphrée enfin. Nous attendîmes la suppression de l'alcool pour arriver au « 0 » toxique, tout en ramenant les doses de morphine à 0,01 par 24 heures.

Un septenaire après la suppression de l'alcool, suppression totale de la morphine. La convalescence suivit rapidement, et six semaines après le sevrage le malade quittait la maison de santé, transformé physiquement, mais psychiquement en état de sub-excitation, d'euphorie, et ne comprenant pas, comme d'ailleurs tous ses congénères, l'obligation absolue de rester abstinents.

Six mois après, il entre à nouveau, en pleine rechute, avec la même association alcool-morphine ; à nouveau le sevrage est effectué, et le malade rentre dans la vie au bout de quelques semaines, pour retomber quelques mois plus tard.

En deux ans nous eûmes à opérer chez lui trois cures, sans que, étant donné les trop courts délais qu'il nous accordait après le « toxique » il nous ait jamais permis de modifier le psychisme sous-jacent, fait de cyclothymie avec tendances perverses, car X, marié et père de famille, se comportait comme un bourreau familial, manifestant des désordres sexuels avec une impudence de pervers, et préférant l'homosexualité des bas-fonds parisiens à la vie normale.

Huit mois après le dernier sevrage, la famille voulut nous le ramener alors qu'il était atteint d'une crise plus grave ; nous dûmes différer son entrée faute de place. Le cas étant urgent, il fut dirigé sur une autre clinique, où il mourut 36 heures après son arrivée, en plein delirium tremens.

OBSERVATION L

Accès de confusion mentale après suppression brusque du gardénal chez un pottique opiomane d'ancienne date.

Il s'agit d'un homme de 46 ans ayant un passé pottique et

(1) Cette observation a été publiée dans le *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale* de janvier-février 1927. J.B. BUVAT et VILLEY-DESMESERETS.

toxicomaniacque avec des symptômes d'hystérie concomitante, qui entre à la maison de santé sevré de pantopon pris à la dose quotidienne de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 depuis environ 3 ans. Mais ce pantopon supprimé depuis un mois a été remplacé par du gardénal à dose de 0 gr. 60 par jour. On a cessé brusquement l'usage du gardénal 4 jours avant l'arrivée du malade.

Dans sa jeunesse, durant une quinzaine d'années avant son mariage, le malade, officier de marine, a fumé l'opium régulièrement. Il cesse quand il se marie. Il a plusieurs enfants, tous bien portants.

Depuis 11 ans il a présenté des accidents organiques et psychonévropathiques qui s'intriquent d'une façon remarquable.

C'est d'abord un état dépressif avec asthénie psychique et physique, avec astasie-abasie de nature pithiatique constatée par Babinski ; puis du blépharospasme cédant à la simple suggestion. X a un comportement de périodique atténué à phases dépressives avec alternatives d'hyperthymie, et un caractère paranoïaque.

Un peu plus tard des hémoptysies et des vomiques apparaissent, des douleurs en ceinture attirent l'attention du spécialiste qui le soigne sur l'état de la colonne vertébrale ; on constate un mal de Pott dorsal avec abcès ossifluent que la radio confirme. On est en 1923, le malade se rend à Berck, le chirurgien l'immobilise dans un corset plâtré, après avoir noté une ostéite des 3^e et 4^e vertèbres dorsales. La suspension et le plâtrage réveillent des douleurs intenses qui depuis n'auraient cessé qu'à de courts intervalles, au niveau de la lésion osseuse et dans le thorax. Ces algies privent le patient de tout repos et obligent le chirurgien à faire des injections de sédol et de pantopon. De ce séjour à Berck, le malade conserve un souvenir plein de haine pour le chirurgien et il garde à son endroit, après 4 ans, de véritables idées de persécution.

Ancien fumeur d'opium, X. retombe rapidement dans ses habitudes toxiques et pendant 3 ans il use de pantopon à la dose journalière de 0 gr. 20 à 0 gr. 50. Dans le courant de 1926, l'usage prolongé de l'opium retentit fâcheusement sur l'état général et en août le malade pressé par les siens se décide à supprimer l'opium, mais refuse à quitter son milieu, et son médecin est contraint de mener la cure de sevrage chez lui avec une grande lenteur et des péripiéties diverses. X. a des crises nerveuses, fait des tentatives de chantage vis-à-vis des siens, et finit par trouver des complaisances

et des appuis. Enfin, en octobre, le pantopon est supprimé, mais on a dû donner en échange du gardénal à la dose de 0 gr. 60 par jour, et cette dose, le malade l'avoue, a été fréquemment augmentée en cachette.

L'état général continue à fléchir ; X. maigrit, il se déprime psychologiquement et physiquement. Les médecins décident la suppression du gardénal, suppression qui est brusquement opérée ; mais le malade s'agite, se plaint de céphalée atroce, de sensations de brûlure généralisée, manifeste des idées de suicide ; chantage en réalité ; la vie de famille devient impossible et on nous amène d'urgence le malade le 20 novembre, sevré de son opium depuis 2 mois et de gardénal depuis 4 jours.

A son arrivée, X. présente un état de dépression marquée avec 38°5, un certain degré d'agitation anxieuse, de la tristesse, de la méfiance, un peu d'hostilité, mais une lucidité complète et une orientation parfaite. Le lendemain la température est redevenue normale après une purgation, mais dans la journée, tentative de suicide puérile : X., se mutile la région précordiale avec une lime à ongles.

Deux jours après son entrée, brusquement, sous nos yeux, X. tombe dans un état confusionnel. La crise débute par une phase d'onirisme avec conservation de la conscience et dédoublement de la personnalité. Au milieu de l'après-midi, l'un de nous est assis à son chevet et cause tranquillement avec lui ; tout à coup X. s'écrie : « Docteur, quelle heure est-il ? Il est 3 heures n'est-ce pas ? c'est étrange ce qui m'arrive, je vous parle et je viens de mourir, mon cercueil est là, dans la pièce à côté, on vient de me mettre dedans et de placer mon grand uniforme et mes décorations sur ma bière, je pars dans un instant pour assister à mon enterrement qui a lieu demain à L. (250 kilomètres) ; mais que c'est étrange, je suis là dans mon lit, je vous vois, je vous parle, et pourtant, je suis mort. Expliquez-moi cela. » Il s'étonne, il questionne, devient loquace, s'agite, veut sortir de son lit pour voir son cercueil ; enfin en une demi-heure, la confusion devient complète ; il perd tout à fait le contact avec le milieu extérieur, il est en plein onirisme, se croit chez lui au milieu de ses enfants, appelle sa mère, parle à sa femme, demande ses domestiques, croit toucher des objets familiers, ne nous reconnaît plus. Son délire est très actif, c'est un pur délire de rêve, sorte de conversation téléphonique avec sa famille.

Cette crise née dans l'apyrexie s'accompagne au bout de 24 heures d'une élévation brusque de température à 39°, température qui descendra en gradins, en une dizaine de jours, à la normale. Dans les jours suivants, le malade fait coup sur coup, à 24 heures d'intervalle, deux crises convulsives rapides, crises épileptiformes localisées au côté droit, et qui font penser à de l'épilepsie jacksonienne ou à des accidents convulsifs urémiques. Le malade est saigné. Les urines ne contiennent pas trace d'albumine et on trouve 0 gr. 21 d'urée dans le sang : il faut donc écarter l'urémie.

Pendant une dizaine de jours, la crise onirique bat son plein, puis brusquement, un matin la confusion a cessé en même temps que la température est redevenue normale ; elle laisse derrière elle une céphalée vive et une grande lassitude. X. ne garde aucun souvenir de son accès confusionnel, il se souvient de son arrivée, puis il y a un trou jusqu'au réveil. Il est redevenu un déprimé simple, mais avec une lucidité complète et une bonne orientation.

Quelques jours après, la température s'élève à nouveau mais s'accompagne de phénomènes différents qui attirent l'attention sur le thorax.

Brusquement un matin une douleur poignante apparaît à l'épigastre, bientôt suivie d'un vomissement noir abondant : c'est une hématomèse avec crachements de sang rouge vif. Une dysphagie intense survient avec une sputation incessante, entrecoupée d'expectoration de crachoirs entiers de pus, comme s'il s'agissait de petites vomiques. La dysphagie s'accompagne de dysphonie, la voix est rauque et la respiration stertoreuse. X. se plaint de douleurs thoraciques très pénibles, il se dit embroché d'une épaule à l'autre, il immobilise sa tête en opisthotonos pour éviter la souffrance que donnent tous les mouvements : les vertèbres malades sont très douloureuses à la pression. Ces phénomènes traduisent le réveil du processus pottique avec abcès ossifluent et fistule broncho-césophagienne.

La température s'installe avec de grandes oscillations entre 38 et 40°, l'alimentation est très pénible, les douleurs ne cessent point, la cachexie marche rapidement, s'accompagne d'oppression, de tachycardie. L'état mental reste déprimé mais très lucide, et le malade s'éteint en pleine conscience le 2 janvier dernier.

Schématiquement l'histoire de ce patient se résume ainsi : opiomanie ancienne, mal de Pott latent, qui pendant des années

provoquent des troubles fonctionnels d'astisie-abasie, du blépharospasme ; une hémoptysie et un vomique attirent l'attention sur le thorax et on met en évidence un mal de Pott discret et une tuberculose pulmonaire fibreuse. On plâtre le malade ; la suspension pendant le plâtrage, réveille les douleurs. On donne du sédol puis du pantopon, l'ancien toxicomane se réintoxique. Sevrage. Mais à la suite du sevrage brusque du gardénal on assiste à une crise de confusion qui évolue en dix jours. Les lésions tuberculeuses se réveillent et entraînent rapidement la mort.

Cette observation montre une fois de plus la coexistence de la tuberculose, d'une toxicomanie, et de symptômes hystériques chez un même malade. Il ne s'agit pas là d'une coïncidence fortuite, car nous avons rencontré ces trois facteurs pathologiques chez beaucoup de toxicomanes, et fréquemment nous avons vu les morphinomanes emportés par une tuberculose terminale, quelquefois par l'infection purulente ; l'opium fait incontestablement le lit à la tuberculose.

Elle montre aussi qu'il y a danger au sevrage brusque du gardénal, fait connu chez les épileptiques, comme il y a danger au sevrage brusque des morphinomanes ; qu'il y a nécessité à désintoxiquer avec prudence les toxicomanes entachés de tuberculose, de même qu'il ne faut pas toucher à ceux atteints de cancer, et que chez les tabétiques il faut se contenter de diminuer les doses sans sevrer.

OBSERVATION LI (*personnelle*)

Polytoxicomanie chez une psychopathe.

Madame X., âgée de 62 ans, entre à la maison de santé le 28 février 1936.

Elle a commencé à s'intoxiquer il y a 24 ans. A ce moment, des soucis, des insomnies avaient entraîné la prescription médicale d'un centigramme d'héroïne à prendre chaque soir en injections. Ainsi se crée l'habitude. La malade prend pendant longtemps de l'héroïne ; quand elle ne peut en obtenir, elle lui substitue tout autre

toxique : pantopon (2 ou 3 ampoules par jour), cocaïne (48 à 96 pastilles), sédol en suppositoires (délivré sans ordonnance), broméine, veronidia (parfois le contenu d'une bouteille par jour : d'où véritable ivresse) ; elle explique fort bien l'association au besoin du toxique de celui de la piqure en elle-même « on devient piquomane, on ne vit plus que pour cela, on aimerait mieux recevoir une injection d'eau que rien du tout » dit-elle.

Elle s'est mariée une première fois à 20 ans, une deuxième fois en 1929 ; elle n'a jamais été mère.

En août 1932 elle subit à l'intestin une intervention chirurgicale qui lui laisse deux fistules, ce qui n'améliore évidemment pas son état mental.

D'après ses dires, fille d'un père neurasthénique et d'une mère au caractère difficile, elle aurait toujours été nerveuse et instable. Il lui est arrivé d'être hallucinée de façon consciente, lorsqu'elle prenait une quantité surabondante de toxique.

Un premier sevrage a été tenté il y a 17 ans, un deuxième dans le service du professeur CARNOT à l'hôpital Beaujon ; un troisième enfin vient d'être fait à domicile en usant de Démorphène, sevrage d'ailleurs très incomplet puisque la malade continuait à prendre des spécialités toxiques, et n'a pas été purgée donc désintoxiquée.

A l'arrivée elle est très maigre, un peu jaune ; elle est en pleine confusion mentale. Les jours suivants, sous l'influence du traitement rigoureusement appliqué, elle change d'aspect, la confusion mentale disparaît, l'appétit, le sommeil reviennent avec la mine. La malade s'est transformée si rapidement que la famille incrédule comme toujours et ne voulant pas admettre la nécessité d'un plus long séjour, la reprend malgré nos objurgations et nos conseils le 25 du même mois. C'est une malade sevrée, mais dont la désintoxication n'est qu'ébauchée ; une rechute proche est probable.

OBSERVATION LII (1)

Psychose périodique avec impulsions toxicomaniaques dans les phases dépressives : éther, opium, impulsions aux fugues, au jeu, au vol ; chègue sans provision. Dans les phases hypomaniaques actes héroïques.

(1) Cette observation a été publiée dans l'article de MM. J.-B. BU VAT et G. VILLEY : « Considérations cliniques et médico-légales, à propos de

Amélie Buvat-Cottin.

M. de X., âgé de 47 ans, ancien officier de marine, a fait depuis 1926 plusieurs séjours à la maison de santé. Il a des manifestations dépressives psychiques qui consistent en tristesse, ennui, asthénie, insomnie, tendances impulsives relatives en particulier à la toxicomanie, au jeu, aux fugues et au suicide. Ces troubles d'un caractère intermittent sont fonction d'une psychose périodique évoluant depuis sa jeunesse et marquant les principaux épisodes de sa vie. Cette psychose s'accompagne d'éclipses soudaines et complètes de la volonté, et de perversions instinctives.

Sous l'influence de cet état psychique il a été en proie depuis son jeune âge à du désordre des actes suivis de périodes de conduite régulière au cours desquelles il a pu exercer des fonctions militaires et civiles et se conduire pendant la guerre avec héroïsme : Croix de guerre, Légion d'honneur.

1904 à 1912. Intoxication par l'opium, période mélancolique.

1913 à 1921. Bonne santé, équilibre normal.

1921 à 1928. Intoxication par l'opium et l'alcool. Il se livre tout entier à la passion du jeu et en août 1928, amené à emprunter une grosse somme d'argent dans un cercle, il règle par un chèque sans provision qui provoque des poursuites. Il s'y dérobe en fuyant aux États-Unis où il se comporte normalement pendant quinze mois. De nouvelles difficultés familiales sont la cause occasionnelle d'une nouvelle poussée de dépression psychique avec rechute toxicomaniacale, cette fois avec l'éther. Il frise la mort plusieurs fois.

Retour à la maison de santé en juin 1930 pour une nouvelle cure.

Ce désordre des actes, qu'il s'agisse des toxiques ou de la passion du jeu, se montre chez lui en rapport étroit avec son déséquilibre mental et tient de lui son caractère intermittent. Il survient en effet dans les phases de dépression motivée ou non (inactivité, difficultés de famille). Ses actes ont tous les caractères d'actes impulsifs (Brusques, impératifs, inconséquents, avec éclipse partielle de la volonté et de la conscience), et sont en opposition avec les autres tendances du sujet qui est accessible aux remords et aux bonnes influences, attaché à ses devoirs professionnels, ouvert aux aspirations élevées.

quelques cas de perversions instinctives dans les psychonévroses » (*Gazette des Hôpitaux*, 21 mars 1934).

Son fonds mental aux diverses périodes d'examen s'est toujours montré le même, fonds de déséquilibre de l'émotivité, de l'affectivité, sur lequel se greffent une impulsion quasi-irrésistible, comme on l'observe chez les épileptiques et les dipsomanes, et une suggestibilité qui permet dans certaines conditions de la vie son redressement mental.

Un état de déchéance physique avec gros amaigrissement allant jusqu'à 12 ou 15 kilogrammes de perte de poids accompagne toujours ces crises psychopathiques dépressives à tel point que son état général peut être considéré comme le baromètre de son psychisme.

X. est atteint d'un déséquilibre mental qui entre dans le cadre général de la psychose périodique.

Lorsque la crise de dépression mélancolique apparaît — et le moindre incident émotif ou toxi-infectieux la provoque — on voit se dérouler le tableau clinique du désordre des actes et de la conduite : amaigrissement, insomnie, tendances impulsives aux toxiques et au jeu, au suicide, aux fugues, période pendant laquelle sa responsabilité est manifestement très atténuée.

Malgré ces gros troubles mentaux et constitutionnels, un tribunal de province a condamné X. à quelques mois d'emprisonnement pour escroquerie au chèque sans provision.

Il est mort il y a quelques années, de broncho-pneumonie.

OBSERVATION LIII

Polyintoxication, suite d'une morphinomanie d'origine médicale.

M. X., directeur de banque, âgé de 60 ans, entre en 1909 à la maison de santé pour faire traiter une polyintoxication remontant à une dizaine d'années.

X. a l'allure d'un cachectique ; pâle, amaigri, on le prendrait à première vue pour un cancéreux.

Il a vécu longtemps aux colonies. Toute sa vie il a été un grand hypochondriaque, courant d'un médecin à l'autre pour soigner des troubles coenesthopathiques non toujours reconnus comme tels. C'est à un traitement morphinique qu'il doit sa misère. Très vite après la période d'euphorie qu'entraînent les piqûres il est pris un jour de la crainte de s'empoisonner ; alors à la morphine il

ajoute une série d'autres médicaments ayant pour but de combattre réciproquement leur influence. Depuis des années il tenait une comptabilité précise des injections qu'il se faisait ; en voici un exemple : morphine puis caféine, héroïne puis spartéine ; strychnine ; enfin dionine, glycérophosphate de calcium, cocaïne ; tous ces produits étaient utilisés à doses très minimes. Sa vie était devenue un véritable cauchemar, de par la nécessité de rapprocher les piqûres qui provoquaient un besoin intense avec grosse anxiété, et de par le compte précis de la succession de toutes ces drogues.

Le malade supporte bien le sevrage, mais la convalescence est très lente ; l'asthénie, l'insomnie persistent pendant plusieurs semaines. La suppression des drogues n'amène pas grand changement à l'hypochondrie ni à la crainte des maladies.

Le patient quitte la maison de santé dans un meilleur état général. Six mois après nous apprenons sa mort, sans détails.

OBSERVATION LIV

Alcool-éthéro-morphinomanie à rechutes chez un déprimé mélancolique.

Le docteur X., chirurgien distingué, père de cinq enfants, a fait de 1926 à 1935 cinq séjours à la maison de santé. Remarquablement intelligent, mais de tempérament très mélancolique, d'une timidité invincible, éreutophobe, depuis son internat il a toujours été contraint, pour agir dans les circonstances cruciales, de prendre un excitant. Il adopta puis abandonna l'alcool pour passer à l'éther, mais s'apercevant que les conséquences de ce dernier étaient pires encore, il s'adonna à la morphine (2 grammes par jour).

Son comportement était celui d'un dipsomane. Au début c'était par accès qu'il s'adonnait à l'alcool et à l'éther : sa tristesse habituelle augmentait, il était violemment obsédé, s'enfermait et se cachait pour donner libre cours à son impulsion ; puis l'orage passait, et il jouissait pendant quelque temps d'une accalmie plus ou moins longue qui lui permettait de reprendre ses occupations professionnelles. Quand il eut ajouté à sa passion toxicomaniaque la morphine, toujours avec l'espoir qu'un clou chasserait l'autre, les périodes de tendances impulsives et les périodes intercalaires se fondirent en une grisaille d'habitude qui le poussait de temps en

temps, au cours d'une intoxication continue, à faire des excès pendant lesquels il s'enfermait pendant quelques jours, et s'en donnait à seringue que veux-tu. Son entourage ayant fini par s'en apercevoir, il entre à la maison de santé.

Grand, très maigre, il se présente comme un tuberculeux. Sa langue est noire depuis la pointe jusqu'au fond. Aucune lésion organique, mais les troubles de dyshépathie inhérents à son état : urines urobiliniques, légèrement albumineuses. Le malade fume de 50 à 80 cigarettes par jour, comme beaucoup de ses collègues en toxicomanie, (la plupart de nos morphinomanes ont une intoxication tabagique surajoutée). Il accepte à l'entrée toutes les formalités, très courageusement, comme le font du reste la plupart des médecins, et il se laisse mener au 0 en l'espace de 15 jours. Nous le gardons 2 mois encore ; durant sa convalescence il reprend 15 livres de poids. Nous avons supprimé le tabac. Quand il nous quitte, c'est un ressuscité que nous rendons à la vie, et qui provoque l'émerveillement de chacun.

Malheureusement cette guérison apparente ne dure guère qu'un an. Les impulsions toxicomaniaques, comparables à celles de la dipsomanie, le reprennent ; il retombe, il revient, et se prête ainsi pendant 6 ans à 5 cures de sevrage qui toutes lui permettent de partir délivré et engraisé. Mais les récidives affaiblissent peu à peu un organisme déjà peu résistant ; dans la ville où le chirurgien exerce, les administrations hospitalières d'une part, le client et aussi, il faut bien le dire, l'« invidia medicorum » d'autre part, révèlent son état, et le mettent dans l'obligation de quitter la région. Il se résout à vivre en famille à la campagne pendant un an pour tenter à nouveau sa chance. Peu après, sa femme nous écrit pour nous apprendre sa mort, sans détails.

OBSERVATION LV

Coma alcoolique et barbiturique chez un cyclothymique héréditaire et paranoïaque.

M. X., âgé de 52 ans, est amené le 1^{er} avril 1934 à la maison de santé dans un état comateux, avec la consultation écrite suivante rédigée par le docteur DELION : « Etat comateux survenu brusquement ; le malade a été ramassé dans la rue. Flaccidité des 4 membres.

Pas de signes de réaction méningée. Conservation des réflexes patellaires et achilléens. Pouls et cœur réguliers (100 pulsations). Tension 9-14. Respiration normale ; pas de Cheyne-Stokes ni de Kussmaul. Vraisemblablement coma toxique ; terrain très préparé ; aurait été soigné par la psychanalyse ; habitudes éthyliques ; aucun renseignement sur l'état antérieur. Malade à conduire le plus tôt possible dans une maison spécialisée ».

Dès le lendemain le malade sort de son coma, dans un état de confusion mentale avec désorientation complète dans le temps et dans l'espace, avec gâtisme et hébétude ; état qui, mise à part l'absence de signes physiques, ferait penser au lendemain d'un ictus chez un paralytique général. Le malade bredouille des paroles indiquant de vagues préoccupations hypochondriaques et de persécution ; il réclame sans arrêt cigarettes et porto. Fortement amaigri, il a un foie très gros, débordant largement les fausses côtes ; les pupilles sont inégales, un peu paresseuses. Les actes sont incohérents ; le malade se tient la verge d'une façon continue, se figure qu'on lui a donné un coup de poignard dans l'aîne, affirme qu'on lui a bouché l'urètre et s'étonne de pouvoir encore uriner ; il veut qu'on le tue et supplie qu'on ne le fasse pas.

Voilà à quoi se réduit toute l'activité mentale de cet homme qui porte un nom connu dans les milieux littéraires.

Il sort peu à peu de son état confusionnel, il s'oriente, se ressaisit, mais il reste dans un état mélancolique très marqué et on est obligé de prendre à son égard les mesures les plus actives de surveillance pour l'empêcher de se détruire : il cherche à s'étrangler avec son drap, il garde les idées hypochondriaques les plus absurdes roulant toujours sur la question sexuelle. Enfin, du 3 au 10 avril, pendant le premier septenaire de son séjour, il conserve une température se tenant aux alentours de 39°6 le matin, 37°8 le soir, température qui revient à la normale 10 jours après l'entrée.

A côté de ces idées hypochondriaques, le malade émet des idées de persécution contre sa famille qu'il poursuit de sa haine : « on veut le faire disparaître, le ruiner avec la complicité des médecins ». Il a une hérédité « suicide » (son père s'est tué). A 15 ans il fait sa première crise de mélancolie, avec des idées d'auto-destruction. Il entre alors (il y a donc plus de 35 ans) dans les alternances de la psychose périodique, avec un fonds paranoïaque se traduisant par un égoïsme absolu, un orgueil sans frein qui touchera à la mégalo-

manie. Très intelligent, il a su se créer une situation solide et enviable ; mais dans sa vie intime il a été un excessif, un anormal, un pervers, un toxicomane.

Sa situation matérielle très large lui permet toutes les fantaisies érotiques, et, de l'aveu de quelques-unes de ses maîtresses qui ne l'abandonnent pas dans sa détresse, il se comporte avec elles comme un bourreau cruel. Dans les phases dépressives les femmes ne l'intéressent plus, il a des tendances homosexuelles, et il s'alcoolise ; pour combattre l'insomnie entraînée par ce vice, il s'adonne aux barbituriques à très forte dose. C'est ainsi que pendant la fin de l'hiver 1934, il est arrivé à ne prendre pour tout aliment qu'1 litre de porto par jour et quelques jaunes d'œufs, ainsi que 0 gr. 40 à 0 gr. 50 pro die de gardénal. Il fume 100 cigarettes par jour.

Sous l'influence de l'absolu repos et d'une alimentation adéquate l'état général se relève, et nous pouvons pratiquer le 14 avril une ponction lombaire, négative à tous égards. Le malade est déprimé, triste, se plaint sans arrêt, gémit, retient le médecin pour se raconter et parler de ses œuvres littéraires, plein de mépris pour ceux qui ne les connaissent pas (il se considère comme un génie). Le sommeil naturel revient, le malade reprend 3 kilogrammes en un mois ; mais ses revendications et ses réclamations, à mesure qu'il s'améliore, rendent la situation du médecin plus difficile à son endroit, et une consultation est demandée par sa famille aux docteurs HEUYER et DECOURT qui le 26 avril déclarent : « X. est atteint de dépression psychique avec tristesse, gémissements, lamentations continuelles, anxiété surtout verbale, plaintes incessantes, dispositions paranoïaques anciennes, orgueil incommensurable : il est un créateur, a une vive intelligence supérieure à son entourage et à son temps ; mégalomanie concernant ses œuvres, ses affaires ; mépris absolu du monde entier, refus de recevoir un conseil, égoïsme foncier ; réclamations un peu naïves d'une âme sœur qui lui donnera de l'amour, une famille, il la lui faut immédiatement ; méfiance extrême ; interprétation : la famille le poursuit de sa haine, veut le supprimer, le ruiner ; les médecins sont complices. A son entrée dans la maison de santé était dans un état de confusion mentale dû à l'abus des toxiques : alcool et barbituriques. Au début demi-coma, puis onirisme ; hallucinations visuelles ; quelques hallucinations auditives qui paraissent actuellement disparues. Est bien orienté, non délirant, du moins sans délire onirique ni systématisé ;

mais erreurs de jugement, paralogismes continuels, récriminations et revendications ; réclame des avocats (M^e R. et M^e P. actuellement ministres) ; veut sortir, retourner chez lui avec M^{lle} J.-L. qui a actuellement sa confiance, repousse puis réclame l'aide des médecins ; veut qu'un médecin soit attaché à sa personne mais repousse tous les noms qui lui sont proposés. Pas de signes neurologiques. P.-L. négative. Bon état général. Tension artérielle 15-9.

En résumé : état dépressif avec interprétations fausses ; quelques menaces de suicide si l'on ne cède pas à ses revendications. Il s'agit d'un épisode greffé sur un état chronique qui remonte à plusieurs années avec des intermittences d'excitation et de dépression, et avec appoint toxique qui va en s'aggravant. Actuellement le malade est dans une maison de santé libre, il peut en sortir quand il voudra. Dès qu'il sera retourné chez lui, livré à ses habitudes et à son entourage néfaste, on peut prévoir la reprise immédiate des toxiques et des accidents consécutifs ; alors la prochaine et inévitable intervention du médecin, dans des conditions analogues à celles qui ont déterminé, il y a un mois, l'entrée dans la maison de santé, sera de placer le malade dans une maison de santé fermée sous le couvert de la loi de 1838.

Le malade quitte la maison de santé le 1^{er} mai. En un mois de cure il a repris plusieurs kilos et liquidé sa confusion mentale d'ordre alcool-barbiturique ; il se fait emmener, non point par sa famille qu'il abhorre, mais par des amis. Il reste toujours hypochondriaque, persécuté par sa famille comme nous l'avons dit déjà, persécuté aussi par l'un de ses médecins, psychanalyste, qu'il accuse de l'avoir rendu fou après avoir reçu pour deux ans et demi de traitement deux millions et demi. X., reste un malade atteint de psychose périodique sur un fonds très marqué de paranoïa qui fait de lui, outre un hypochondriaque et un persécuté, un processif (procès avec ses médecins et avec sa famille).

OBSERVATION LVI

Polytoxicomanie héroïno-morphino-cocaïno-alcool-barbiturique chez un grand cyclothymique mort dans la 3^e crise de coma toxique.

M. X., âgé de 27 ans, a fait plusieurs séjours à la maison de santé depuis janvier 1931 jusqu'au moment de son décès le 30 novembre

1932. C'est un polytoxicomane qui prise de l'héroïne et de la cocaïne (perforation de la cloison nasale), prend de la morphine en injections : 1 gr. 50, au premier séjour ; de plus, il absorbe 2 ou 3 apéritifs et beaucoup de vin chaque jour, enfin du véronal ou du gardénal.

A chacune de ses entrées le tableau clinique est le même : nous sommes alertés téléphoniquement par la famille, et on nous amène un patient comateux (1^o entrée) ou on nous prie de l'aller voir chez lui où on l'a trouvé râlant sur son divan (2^o et 3^o entrées). Les deux premières fois nous l'avons tiré de son coma toxique ; au bout d'une quinzaine d'heures il se réveillait dans une demi-hébétude avec tremblement des membres supérieurs, large mydriase, aspect ébrioux le faisant ressembler à un homme ivre ou à un paralytique général, oligurie, constipation opiniâtre ; dès qu'il se réveillait davantage, c'était pour se plaindre d'une insomnie persistante qui lui faisait réclamer du gardénal. Peu à peu l'état confusionnel s'effaçait et laissait place à un état mélancolique avec tristesse, aboulie, idées de préjudice à l'endroit des siens, idées de suicide. Intelligent et actif pendant certaines périodes, il menait très bien ses affaires, puis il tombait dans une période de découragement au cours de laquelle il recourait au toxique, prenant tout ce qui lui tombait sous la main, suivant ses ressources, l'alcool et les apéritifs restant pour lui le suprême refuge de sa toxicomanie en détresse.

Au bout de quelques semaines de traitement sa santé physique se rétablissait et son état mental se modifiait suffisamment pour faire illusion à lui-même et aux siens ; malgré nos avis il faisait pression sur sa famille et obtenait sa sortie. Nous ne notions chez lui aucun gros trouble somatique, si ce n'est une pâleur et un amaigrissement spéciaux à tous ces malades.

Les siens diagnostiquaient la rechute par le changement de caractère qui lui faisait fuir son domicile familial. Le premier séjour en maison de santé se termina le 28 mars 1931. Le deuxième commença le 21 octobre ; même état comateux ; le malade repartit le 4 décembre désintoxiqué mais toujours très touché du point de vue mental et exprimant toujours des idées de suicide.

Le 29 novembre 1932, son frère le trouva râlant dans sa garçonnière, et on nous l'amena le jour même dans un coma profond dont nous ne pûmes cette fois le tirer. Il succomba le lendemain.

La leçon pratique à tirer de cette malheureuse histoire, c'est qu'il ne suffit pas de sevrer les malades pour les guérir, mais qu'il faut traiter l'état mental : si la famille l'avait compris et voulu, fût-ce au prix d'un internement, le malade ne serait sans doute pas mort.

OBSERVATION LVII

Morphino-cocaïnomanie chez un psychopathe périodique à fonds paranoïaque et pervers. Escroquerie. Chèques sans provision. Tentative de meurtre pour vol.

M. X., entre à la maison de santé en 1920 pour y suivre une cure de désintoxication morphino-cocainique, cure déjà faite dans d'autres établissements parisiens et toujours suivie d'une rechute rapide. C'est moins pour subir un sevrage au résultat duquel il est prêt à ne pas rester fidèle que pour se créer, sur le conseil d'un des maîtres du barreau qui le défend devant la juridiction correctionnelle, un alibi propre à apitoyer les juges. Il s'agit d'un esthète, fils et frère de comédiens connus, qui vit en marge de sa famille lassée par ses mauvais tours, ses escroqueries, son inaptitude à tout travail suivi. Cultivé, d'intelligence assez affinée, il vit au crochet de femmes de théâtre et de pseudo-femmes du monde qui gravitent toujours autour des comédiens en vogue. Cela ne suffit pas à assurer les dépenses de sa vie luxueuse, il emprunte aux uns, escroque les autres, signe des chèques sans provision, tant et si bien qu'il tombe entre les mains de la justice et que malgré l'assistance d'un bâtonnier il a toutes les peines du monde à échapper à la prison, bien malheureusement pour lui et pour l'ordre public. Il prend 1 gr. 50 de morphine avec 0 gr. 50 de cocaïne, en 4 à 5 piqûres quotidiennes. Bien qu'amaigri, il ne paraît pas fort intoxiqué. D'un orgueil incommensurable, il se croit des talents littéraires, publie des contes et des nouvelles, et accuse ses contemporains de « muflerie » parce qu'on ne rend pas hommage à son talent. Il a des idées de préjudice surtout vis-à-vis de son père qui lui reproche sa vie irrégulière, et une immense jalousie à l'égard de son frère qui est un comédien heureux et un auteur à la mode.

La désintoxication s'effectue suivant la méthode classique semi-lente, sans aucune réaction anormale. 5 semaines après le 0, le malade quitte la maison de santé remis physiquement mais point changé mentalement et ne dissimulant nullement son désir de s'intoxiquer magnifiquement à la première occasion. Grâce à sa cure, son éminent défenseur a obtenu le sursis : il n'en fallait pas plus pour remplir d'allégresse ce délinquant pervers que seule la prison aurait pu transformer.

Quatre mois après, rechute légère ; le malade engagé dans une aventure féminine brillante vient nous demander de le sevrer rapidement pour le mettre en état après cette suppression, de faire honneur à sa virilité bien diminuée par la toxicomanie. Cette aventure n'a d'ailleurs pas qu'un caractère amoureux, mais elle doit relever la balance financière de notre patient dont l'orgueil ne s'effarouche pas de mêler le sentiment avec le profit. Au bout d'un mois il nous quitte ragaillardi, mais toujours hypomaniaque et pervers. 6 mois après, à l'un de nos jours de consultation, nous le voyons arriver pâle, défait, mal vêtu, l'air sinistre et malheureux ; d'un ton doux il raconte son infortune, appuyant sur sa totale impécuniosité ; son père et son frère l'ont abandonné, ses maîtresses sont lasses de l'entretenir : il est, dit-il, dans la « mouise la plus noire », et réclame du secours sous forme d'un centigramme de morphine, que nous refusons. Il insiste ; nouveau refus suivi de propos psychothérapiques et d'exhortations ; nouvelle demande plus impérieuse accompagnée d'un regard perçant dont à tort nous ne nous méfions pas. Brusquement il se ramasse, bondit sur son médecin, d'un coup de tête en plein estomac le colle au mur et le prend à la gorge. Fort heureusement celui-ci se ressaisit, et aux tentatives de strangulation répond du tac au tac en serrant le cou de l'agresseur avec son cache-col ; hurlements, bruit de meubles qui se brisent, le personnel accourt, et il faut pour maîtriser l'énergumène les efforts de quatre personnes qui, après la bagarre, au milieu des vitrines cassées, des chaises renversées, restent avec le visage tuméfié et les vêtements en lambeaux : on eût dit le passage d'une tornade.

La police alertée envoie deux agents qui se mettent en devoir d'emmener au poste l'assaillant, l'assailli, et les témoins ; dans la rue spectacle tragi-comique, le perturbateur de l'ordre se jette à genoux, s'excuse et pleure, rappelle sa dernière condamnation avec

la loi Bérenger, supplie qu'on ne dépose pas de plainte qui cette fois l'enverrait sûrement en prison, confesse qu'à bout de ressources il a voulu voler un portefeuille, mais non point faire du mal. Cet appel à la générosité médicale est entendu, à tort sans doute, et le sujet est remis en liberté. Nous ne l'avons plus revu. Quelques semaines après il trouvait la mort dans un accident d'automobile.

OBSERVATION LVIII

Polytoxicomanie éthéro-morphino-cocaïno-chloralo-alcoolique avec quadriplégie polynévritique, tachycardie, et Korsakoff atténué.

M^{lle} X., âgée de 36 ans, est une demi-mondaine des plus connues à Paris dans le monde de la haute noce où elle porta pendant un temps assez long le titre envié d'« impératrice du Sahara » ; elle l'a troqué pour celui de « la Panthère ». Les déboires de sa vie galante autant que son état mental de cyclothymique perverse amoral le plus souvent hypomaniaque l'ont amenée à user des toxiques les plus variés sous toutes leurs formes. Elle commence par la morphine, y adjoint la cocaïne pour tonifier la dépression entraînée par la précédente, puis le chloral, l'éther, l'alcool. C'est ainsi qu'au printemps de 1914 elle vient, à bout de ressources et dans un état de santé inquiétant, échouer à la maison de santé pour un sevrage multitoxique.

A l'entrée elle marche difficilement, mais n'a aucun trouble somatique d'allure inquiétante ; néanmoins, étant donné la longue durée de l'intoxication et les récidives, nous appliquons un sevrage en 3 semaines ; il se passe sans gros incident, si ce n'est un accompagnement de récriminations et d'injures très sonores prodiguées journellement aux médecins et au personnel par cette ex-reine du boulevard.

Un septenaire plus tard la malade, qui avait de la difficulté à se mouvoir, est prise un beau matin d'une paralysie flasque complète des quatre membres, avec son cortège de signes physiques ; de plus : une tachycardie permanente à 120. Inquiets, nous avisons les amis de la malade en demandant l'autorisation d'appeler un consultant. Le professeur DUPRÉ diagnostique avec nous une quadripolynévrite, avec névrite du X, et fait un pronostic extrêmement réservé, laissant prévoir la possibilité d'une mort subite. Il n'en

est rien, mais dans les jours qui suivent, les phénomènes de paralysie s'atténuent lentement aux membres supérieurs en même temps que s'ébauchent de légers troubles de la mémoire d'allure rétro-antérograde et un certain onirisme ; un syndrome peu marqué de Korsakoff s'installe. La paralysie continue à s'amender aux bras plus qu'aux jambes, l'état général se relève, la tachycardie persiste.

Au bout de deux mois les amis de la malade viennent la chercher pour l'emmener à la campagne. Nous avons perdu de vue cette patiente extrêmement intéressante.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des toxicomanies n'a rien qui le distingue, quant à la manière dont il se présente, de celui des autres maladies.

Parfois le patient vient s'ouvrir de sa misère au médecin, sincèrement disposé à tenter le traitement. Dans ce cas c'est une question de pronostic et d'indications thérapeutiques qui se pose, après examen complet.

Dans d'autres circonstances, que le malade dise ou non la vérité, le diagnostic est évident : la vue d'un sujet au teint pâle et terreux, somnolent, indifférent, amaigri, les pupilles plus ou moins myotiques suivant l'heure de la piqûre, oriente vers l'opiomanie. Quelquefois, sans déclarer son vice, le malade sollicite instamment une prescription d'opium. Enfin dans certains cas, à bout de forces, il avoue son habitude à la fin de la visite.

Un patient subexcité, logorrhéique, interprétant, délirant, dédoublé, atteint de troubles psycho-sensoriels, évoque l'idée de la cocaïne.

L'alcoolisme sous toutes ses formes est généralement facile à reconnaître.

Les cas difficiles sont ceux dans lesquels le malade, qui tient à cacher la vraie cause de ses malaises, vient consulter, très souvent poussé par une famille aussi peu renseignée que le médecin, en se plaignant de troubles divers propres à égarer le diagnostic. C'est le cas du malade mentionné dans l'observation XXXVII ; il avait été — très légitimement — considéré par un médecin des hôpitaux spécialiste en neurologie (qui ne l'avait vu qu'une fois) comme un déprimé simple ;

la vaste perforation de la cloison nasale aurait tranché la question ; il était impossible de penser à la rechercher.

D'ailleurs si l'intoxication elle-même peut échapper à première vue, il est bien rare que le déséquilibre psychopathique n'apparaisse pas et que la suite des événements ne fasse pas découvrir le reste.

Nous ne tenterons pas de citer tous les troubles que peut accuser un toxicomane : ce serait dérouler toute la pathologie. Le moindre indice de psychopathie doit attirer l'attention et faire songer à l'étiologie toxique ; c'est ainsi qu'on parvient à lui rattacher le tableau symptomatique parfois banal.

Signalons l'importance du diagnostic des polyintoxications : elles brouillent parfois le tableau clinique ; même lorsqu'un malade avoue un toxique il faut penser — et cela d'autant plus que le mensonge lui est familier — qu'il peut en héberger plusieurs. Rappelons qu'un opiomane ne délire jamais ; si le cas se présente c'est qu'il y a un poison associé (alcool, cocaïne, scopolamine), sinon plusieurs. Insistons encore sur la très grande fréquence de l'alcoolisme concomitant : bien des toxicomanies sont « arrosées » ; il faut y penser toujours pour en dépister les moindres signes.

Enfin il faut avoir présente à l'esprit la grosse différence dans le comportement d'un malade suivant qu'il est plus ou moins loin de la prise du toxique.

Quoiqu'il en soit, l'examen physique peut être par lui-même concluant : le revêtement cutané est le premier à souffrir des piquûres qui laissent des traces, rouges au début, bleuâtres plus tard, constituant un véritable tatouage. Elles sont parfois accompagnées d'abcès en évolution ou de cicatrices cupuliformes d'anciens abcès, ou encore d'œdèmes plus ou moins étendus. Le myosis, la mydriase doivent éveiller l'attention. Enfin la perforation nasale, nous l'avons vu, est un signe pathognomonique de la cocaïnomanie.

Par ailleurs certains indices ont pu mettre sur la voie : la présence d'un nécessaire à injections, d'un peu de poudre

éparse, le dépistage d'allures suspectes — toutes indications que l'entourage à pu noter.

Quand l'intéressé se dérobe aux recherches directes ou indirectes on peut tenter l'analyse des urines ; cette méthode ne révèle guère que les quantités de morphine dépassant 0 gr. 10. D'aucuns ont tenté une cuti-réaction morphinique.

Le diagnostic étant posé, reste à fixer les indications thérapeutiques et à adapter le traitement à l'âge du sujet et à son état somatique précisé par un examen minutieux.

PRONOSTIC

Le pronostic de la toxicomanie se confond avec celui de la psychopathie : il est bon chez les intoxiqués simples, il est sombre au maximum chez les malades porteurs d'une tare mentale profonde, héréditaire, et qui les empêche de mener une vie normale. Entre ces extrêmes s'échelonnent tous les degrés de gravité : ils sont fonction de l'âge, de l'état psychique, de la dose moins encore que de la durée de l'intoxication ; la polytoxicomanie est un signe défavorable ainsi que la fréquence des récidives. On ne peut édicter de règle précise, car le coefficient personnel, impossible à prévoir, tient une place importante ; il ne faut donc pas être trop pessimiste ; nous avons vu certains patients apparemment profondément atteints se relever avec une vivacité extrême après la cure. Ce qui est certain c'est que, sans le traitement complet et prolongé que nous avons décrit, et surtout sans l'isolement, toute tentative de guérison est illusoire.

TRAITEMENT

Le traitement des toxicomanies se propose d'atteindre un triple but :

Le sevrage,
la désintoxication,

la prévention des rechutes par la cure de l'état mental sous-jacent.

Sa conduite découle de la symptomatologie. Plus grande que jamais est ici la part de l'observation clinique et du bon sens ; plus petite que jamais celle de la médication. Mais là encore et surtout se retrouve l'idée génératrice de ce travail ; la question thérapeutique est en effet dominée par une notion d'importance primordiale ; le toxicomane est malade à un double point de vue :

1° C'est un empoisonné qu'il faut sevrer puis désintoxiquer. On sait combien les toxiques, même longtemps après leur suppression, laissent de traces dans l'organisme ; nous n'en voulons pour preuve que le fait suivant : un ancien morphomane peut, après des années d'abstinence, quand il recommence sa triste expérience, prendre des doses qui, distribuées entre deux ou trois personnes vierges de poison, les feraient mourir ; il peut décupler d'emblée la dose normale.

2° C'est un psychopathe dont il faut tenter de modifier l'état mental cause de tout le mal.

Fort heureusement, la base de la thérapeutique propre à s'opposer à ce double état est la même : ainsi qu'on ne peut soigner un psychopathe dans son milieu habituel, ainsi pour le toxicomane, qui est un psychopathe à deux degrés,

l'isolement s'impose ; on ne peut pas plus s'en passer qu'un chirurgien ne peut se passer d'instruments pour pratiquer une opération.

Il faut lui adjoindre l'alitement.

La purgation, aidée par le régime alimentaire, complète ce trépied de la désintoxication.

On lui ajoutera la psychothérapie, et accessoirement quelques prescriptions symptomatiques : hydrothérapie, médication toni-cardiaque.

A la catégorie d'ailleurs restreinte des morphinisés simples s'appliquent les mêmes considérations ; l'isolement peut être moins prolongé, la psychothérapie moins poussée.

Tels sont les principes généraux de la cure ; il n'est pas inutile d'entrer dans leurs détails, avant de préciser la technique du sevrage pour un toxique donné.

Premier point : *L'isolement*, absolument indispensable, ne souffrant aucune exception, condition *sine qua non* de la guérison. Tout essai tenté pour traiter les malades à domicile est condamné d'avance ; citons seulement ici notre observation n° XXXV, qui se rapporte pourtant à un intoxiqué simple, et la célèbre histoire du docteur CHARCOT : celui-ci, à la fin du siècle dernier, ayant dû soigner un chef d'État, l'avait installé dans un hôtel particulier dont il gardait les clefs ; peine perdue, ce fut un échec total, et le haut personnage dut se plier à la loi commune.

La séparation complète du milieu habituel et du milieu extérieur est donc une nécessité inéluctable, tant pour la cure mentale que pour la désintoxication. Seule elle permet de supprimer avec certitude le poison : aucune garantie sans elle ne peut être prise au sérieux, quelle que soit la bonne volonté du patient ; celui-ci est sollicité par le même désir de diversion, de secours, qui est à la racine de sa misère ; par l'habitude contractée ; par le besoin physique immédiat, irrésistible, du toxique en usage ou à défaut de celui-ci d'un toxique quelconque ; enfin par ses pourvoyeurs dont nous avons déjà signalé l'activité sans bornes.

Toutes ces forces, dont la moindre suffirait largement à faire échouer une cure à domicile, s'attaquent à un tempérament qu'une énergie surhumaine seule pourrait peut-être sauver : encore serait-elle souvent vaincue ; or nous nous trouvons à peu près toujours en présence d'un caractère faible par définition, caractère qui, s'il n'a pu prévenir la chute à l'abîme, peut encore bien moins sortir de celui-ci ; s'il existe parfois de la bonne volonté, il y a éclipse de volonté tout court, aussi de toute nécessité faut-il fournir à cet esprit déficient une ambiance dépourvue de tentations et une volonté ferme pouvant se substituer à la sienne : l'influence du médecin est donc prépondérante.

De plus, seul un établissement pourvu d'un personnel au-dessus de tout soupçon et spécialisé peut fournir la certitude d'une surveillance dont les difficultés sont à peine concevables pour quiconque n'a pas vécu avec ces malades ; seule une longue expérience de l'imagination suraiguë, de la subtilité d'esprit, de la dissimulation poussée jusqu'à l'obnubilation de la moralité chez les toxicomanes en état de suppression peut avoir raison de l'opposition rusée de ces derniers. On en trouve de nombreux exemples dans nos observations, tout particulièrement dans les nos XVII et XLIV.

Aussi croyons-nous utile de préciser les détails de l'isolement ; si petits, si évidents puissent-ils paraître, ils sont tous indispensables.

L'isolement commence au moment où le patient, ayant pris congé des siens dans le cabinet du médecin, est mis entre les mains d'une personne sûre, et conduit à la salle de bains, Il y est entièrement déshabillé ; on l'examine soigneusement, et nous avons constaté qu'il était parfois nécessaire de passer la revue de ses cavités naturelles, cachette toute trouvée pour le toxique. Pendant qu'on le baigne, une autre personne fouille minutieusement les vêtements quittés, sans oublier semelles, feuillets de carnet ou de livre, ruban de chapeau, etc..., en gardant bien présente à l'esprit l'infinité des supercheries.

Ceci étant fait, le malade revêtu d'un peignoir appartenant à l'établissement est emmené dans sa chambre qui est aussi nue que possible, ne comportant que deux ou trois meubles essentiels, et dépourvue de tout objet propre à être cassé ou lancé (obs. XLIII) ; l'appareil d'éclairage lui-même doit être fixé hors de portée. Ce malade est désormais coupé du monde extérieur ; aucune visite n'est permise ; toute communication est filtrée ; tout envoi est ouvert par le personnel de la maison en sa présence ; rien de ce qui lui appartient ne lui est livré qu'après un examen méticuleux ; bien entendu on ne lui laisse jamais un sou.

Arrivé dans sa chambre, le malade se couche.

L'*alitement* est en effet le deuxième terme de la cure, à peu près aussi nécessaire que le premier, comme lui au service de la psychonévrose comme à celui de la désintoxication. On doit rendre grâce à MAGNAN, qui le premier prit conscience de son importance dans le traitement des psychopathies aiguës ; or, le toxicomane doit être considéré comme un « aigu ».

L'*alitement* simplifie la surveillance, mais il permet surtout de fournir une détente physique et morale à un organisme fatigué qui doit subir le choc du sevrage ; il place dans les meilleures conditions un sujet généralement amaigri, insomniaque, et souvent légèrement fébricitant.

Isolé, alité, le malade est soumis au *régime lacto-fruito-végétarien* ; il prend chaque jour un litre ou un litre et demi de lait additionné de café (pour soutenir le cœur) ; des potages, des légumes surtout en purée, des fruits en abondance.

Ce régime permet de mettre au repos les organes éprouvés par l'absorption et l'élimination toxiques (ils sont, répétons-le, tous atteints) ; il les prépare à la réaction du sevrage ; enfin il contribue au nettoyage général et surtout hépatéro-intestinal, que réalise avant tout la *purgation*.

Dans le cas présent, purgation est synonyme de sulfate de soude ; c'est le « sel de vie » des Chinois opiophages qui

depuis des siècles le considèrent comme l'antidote de l'opium et le mangent quotidiennement à pleine bouche ; les officiers européens ont pu en Extrême-Orient en constater les heureux effets, l'employer pour éviter les hautes doses d'opium, et rapporter en France le fruit de leur expérience.

La purgation quotidienne est de 20 grammes chaque matin ; aux environs du 0 toxique, on ajoute 20 grammes le soir.

Cette pratique atténue beaucoup les douleurs du sevrage ; elle augmente la sensibilité du malade à la drogue, ce qui en facilite la diminution. Les malades le savent si bien qu'ils « bissent » parfois d'eux-même la purgation quotidienne.

Le succès du sulfate de soude est fonction de ses propriétés cholagogues ; on a vu des malades insuffisamment purgés subir les effets très brutaux, parfois syncopaux et mortels, de vomissements bilieux abondants ayant pu atteindre 5 litres. Ceci n'arrive que dans les sevrages rapides ; mais il faut retenir que, tant qu'on n'a pas obtenu 12 à 14 selles par jour, on n'est pas à l'abri des nausées.

Les premiers jours, au nombre de 4 ou 5, ces selles sont très copieuses et verdâtres ; plus on tend vers le 0, plus elles sont nombreuses ; tout-à-fait à la fin, dans les deux derniers jours, elles sont presque uniquement faites de bile verte dont le passage anal entraîne une sensation de cuisson très douloureuse que l'on combat au moyen de lavages répétés avec une solution bicarbonatée. Les vieux récidivistes du sevrage accueillent avec une certaine satisfaction cet épisode qui annonce la fin prochaine de leur tourment.

Chez les intolérants au sulfate de soude on peut substituer une fois ou deux à ce dernier, comme le faisait SOLLIER, une purgation contenant du calomel et de la rhubarbe, et réglée de la façon suivante :

- le matin à 6 heures : cachet de rhubarbe (0 gr. 30) ;
- à 6 h. 30 : cachet de calomel (0 gr. 10) ;
- à 7 heures : cachet de rhubarbe (0 gr. 30) ;
- à 7 h. 30 : cachet de rhubarbe (0 gr. 30).

Cette purgation draine admirablement les voies biliaires. Elle ne doit pas être employée chez les personnes âgées, ni chez celles dont le rein est déficient ou fragile.

Tels sont les principes généraux de la cure, valables dans tous les cas.

Dans tous les cas aussi bien entendu la *surveillance médicale* s'exerce de façon suivie auprès du malade qui aura été examiné dès l'entrée de façon complète. Elle s'attache particulièrement à l'appareil circulatoire : pouls, cœur, tension artérielle ; à la température ; à l'état du foie ; à l'élimination urinaire. On ne commence à s'attaquer à la dose d'entretien dont nous parlerons plus loin, qu'après chute de la température si celle-ci était tant soit peu élevée, et retour des urines à la normale comme volume et comme teinte.

Bien entendu, s'il y a des tares organiques spéciales, on les suit de près.

La *psychothérapie* est toujours utile même chez les intoxiqués simples, et indispensable chez les toxicomanes ; mais, répétons-le, elle resterait totalement inefficace si les grandes règles d'hygiène générale et mentale précédemment décrites n'étaient pas observées. Elle cherche à travers le trouble apparemment accidentel qui amène le malade, et au delà de ce trouble, à modifier le psychisme lui-même.

La psychothérapie que l'on peut faire est celle qui s'adresse au psychopathe périodique : inspirer confiance au malade afin de lui rendre sa confiance en lui-même, de réveiller ses énergies de défense, de l'extraire de son aboulie, de l'arracher au pessimisme qui lui fait croire à son incurabilité, à son évolution vers la folie, à l'inanité de ses efforts. C'est dans ce sens que la psychothérapie, nommée plus simplement au siècle passé « traitement moral » rend et rendra encore de si grands services. Elle cueille évidemment des succès relativement faciles dans la défaillance passagère des intoxiqués simples ; elle doit lutter, chez les toxicomanes vrais, contre des obstacles bien autrement rudes. Nous ne pouvons nous y arrêter longuement sans élargir

le cadre de cette étude ; tout au plus pouvons-nous tenter de mettre en relief schématiquement les points capitaux de la tâche à accomplir, qui est d'ailleurs celle de tout psychiatre.

Ce dernier se trouve devant un être esclave d'un besoin tyrannique et habituel dont la satisfaction lui est nocive. S'il a cristallisé en lui son impulsivité, il n'est pas toujours, comme l'expérience le démontre, exempt d'autres tendances non moins fortes et non moins néfastes.

Contre cet entraînement souvent puissamment aidé par des tiers, ses forces de résistance sont diminuées : par l'hérédité morbide bien souvent ; par l'habitude de céder, par la déformation fréquente du jugement ; par un affaiblissement de la volonté qui peut aller jusqu'à son anéantissement ; enfin par une perte totale de confiance : c'est un mécanisme qui, déjà fragile, s'est dérégulé.

A cet inadapté incapable de se remettre en équilibre, quel secours peut-on offrir ? Le bon sens seul doit répondre. Avant tout, il faut inspirer au malade une confiance illimitée, absolue en son médecin, confiance qui lui permet dès le début de se raccrocher sans discussion à la moindre lueur d'espoir quelque invraisemblable qu'elle paraisse, et d'obéir sans comprendre, parce qu'il croit en la parole de celui qui le soigne : c'est un acte de foi, et non une question de raisonnement ; celui-ci viendra plus tard.

Petit à petit, à ce patient par ailleurs séparé de ses habitudes et placé dans les meilleures conditions de détente, il faut expliquer avec une inlassable patience les causes et les conséquences de ses erreurs ; il faut tenter de réveiller en lui le sens des réalités, de le réintéresser à la vie, de lui rendre la conscience de sa dignité personnelle et de ses devoirs. Il s'agit d'un long travail de mise au point, de stimulation morale, bref d'une véritable rééducation de la mentalité. Comme toujours à des degrés divers lorsqu'il s'agit de traiter un psychopathe, c'est un sauvetage.

Aussi le médecin doit-il avoir au cœur un indéracinable

désir de réussir ; il doit être pour son malade, non pas un juge, mais un confident, un ami sûr, fidèle, dévoué, compréhensif et discret, sur lequel il puisse entièrement se reposer, et à qui il demande, pendant le temps de sa cure, de se charger de son fardeau, de vouloir pour lui, et de le conduire.

Sans cela, l'échec guette le médecin ; avec cela, le résultat, quel qu'il soit, est maximum. L'influence de celui qui l'a tiré d'affaire demeure, pour le malade, entière et puissante pendant un très long temps, parfois même toujours ; nombreux sont ceux qui reviennent chercher soit une nouvelle guérison, soit un conseil même extra-médical, soit un appui dans un moment difficile ; nous en pourrions citer des exemples multiples.

Le psychiatre doit donc s'attendre à être mis à contribution de toutes façons, et se tenir prêt à donner constamment le meilleur de lui-même ; il ne soigne pas seulement le corps, mais aussi l'esprit ; c'est une œuvre de redressement non pas seulement physique, mais moral et social, qu'il entreprend ; s'il en accepte les lourdes responsabilités, les durs combats et l'ingratitude fréquente, il en recueille aussi bien des joies.

Avant d'entamer le chapitre du sevrage, signalons en quelques mots les moyens adjuvants et accessoires de la cure ; nous en retrouverons l'application détaillée au fur et à mesure que nous déroulerons les épisodes de celle-ci, nous efforçant toujours de rester dans le domaine pratique.

Les *toni-cardiaques*, seuls parmi les médicaments, doivent être employés, et cela en usant de la plus grande modération. Nous avons toujours vu la spartéine et mieux encore l'huile camphrée apporter un soulagement bref mais réel à tous les malades en état de suppression.

Pas de soporifiques. En se laissant aller à en prescrire, outre que l'on amorcerait de nouvelles habitudes toxicomaniaques, on perturberait la désintoxication. D'ailleurs ils sont presque inopérants ; même le mélange : bromure (4 grs.) + chloral (2 gr.) n'amène pas chez ces insomniaques particuliers plus

de 2 à 3 heures d'un sommeil anormal suivi d'un réveil lourd avec céphalée, sécheresse buccale.

Le somnifère intra-veineux, qui a été préconisé, est à rejeter pour les mêmes raisons ; de plus il peut provoquer une syncope mortelle ; en tout cas il précipite le malade pendant quelques jours dans un accès de confusion mentale avec agitation.

Mieux vaut employer l'*hydrothérapie* en bains ou douches à 36° ou en grands enveloppements tièdes.

Tous ces moyens apportent une légère détente à l'excitation diffuse du malade, et lui donnent quelque répit.

Enfin, n'oublions pas de supprimer le tabac aux grands fumeurs ; on les ramène très vite à une dizaine de cigarettes par jour, pour diminuer lentement ensuite (elles trompent l'attente) jusqu'à 0 une quinzaine de jours après la suppression morphinique, alors que le sommeil revient.

Le sevrage

1° LA MORPHINE. — Pour descendre au 0 toxique, il n'y a pas de technique fixe ; il faut rester clinicien. Distinguons cependant trois méthodes :

A) *La suppression brusque* décrite dès 1864 par l'Autrichien EBER et employée surtout par LEVINSTEIN, est une méthode extrêmement brutale, mortellement dangereuse ; elle ne peut pas être permise ; elle peut être excusée lorsqu'elle est appliquée à un individu jeune, vigoureux, intoxiqué depuis peu de temps.

Elle risque de provoquer soit une crise de manie aiguë aux souffrances atroces (obs. X), soit un collapsus cardiaque. Nous estimons que cette méthode doit être rejetée de façon absolue ; de même qu'on ne fait plus aujourd'hui d'opérations sans anesthésie, de même on n'a pas le droit de faire courir au malade, même sur sa demande, des risques de folie ou de mort.

B) *La suppression rapide* mise au point par ERLÉNMEYER n'excède pas dix à douze jours ; elle comporte des risques parallèles de syncope et d'impulsivité qui obligent à une surveillance incessante ; il faut garder le malade à vue en lui tenant le pouls pendant 48 heures sans le lâcher. Elle entraîne de telles souffrances que plusieurs mois après la guérison le patient en conserve un souvenir de terreur, garde rancune au médecin, et en cas de rechute hésite longtemps avant de se soumettre à un pareil traitement.

C) *La suppression semi-lente* est la plus clinique, la plus sûre, la mieux adaptée à l'organisme. Le sevrage s'effectue, selon les doses prises, l'âge et l'état du malade, en 12 à 25 jours. A aucun moment elle n'entraîne de risque. Elle permet l'alimentation, le sommeil, et donne le temps de débarrasser l'organisme des quantités de poison accumulées surtout dans le foie, et qui sont chassées par le sulfate de soude. Quand on compare, au bout de 2 mois, le malade sevré par la méthode rapide au malade sevré par la méthode semi-lente, on constate que celui-ci est plus avancé dans le chemin de la convalescence que celui-là ; il a retrouvé un état somatique et nerveux meilleur, il ne conserve ni l'asthénie prolongée, ni l'insomnie souvent rebelle qui font suite aux démorphinisations rapides, et il n'a pas cette terreur horrifiée des souffrances endurées de la 16^e à la 48^e heure de celles-ci.

La suppression lente (plus de 25 jours) ne saurait s'appliquer qu'aux malades âgés, ou à ceux dont le cœur et les reins sont fatigués. Elle est un peu décourageante ; la santé physique revient avant que les malades ne soient passés au 0, d'où un déséquilibre assez pénible.

Nous prenons donc résolument parti pour le sevrage semi-lent. En voici la technique :

Dès l'entrée on régularise le rythme des injections, et on les groupe en trois par 24 heures, donc une toutes les 8 heures.

Au bout de 48 heures on n'en fait que deux par jour, soit une toutes les 12 heures.

L'échelle des quantités à injecter est établie en s'appuyant

sur la notion de dose d'entretien et de dose de luxe. La dernière est variable avec les individus. De toute façon sa détermination repose sur une approximation ; pour les quantités ne dépassant pas le gramme quotidien elle est environ du $\frac{1}{5}$ de la dose totale, soit 0 gr. 04, 0 gr. 05, 0 gr. 06 pour 0 gr. 20 ou 0 gr. 25 ; 0 gr. 10 pour 0 gr. 50 ; pour les quantités supérieures à 1 gramme la proportion change, et la dose d'entretien ne dépasse guère 0 gr. 30. Tout ceci vaut pour une intoxication moyenne ; lorsqu'elle est plus longue les doses sont plus élevées ; elle sont plus basses lorsque l'intoxication est de plus courte durée.

En fait, il n'y a pas de règle fixe ; ce qui précède ne peut servir que de guide ; au flair clinique du médecin d'orienter l'action de celui-ci.

Quelle que soit la dose de luxe on peut l'abraser sans incident en 24 à 48 heures et arriver à la dose d'entretien, variable, comme la précédente, avec les sujets comme avec l'intensité et la durée de l'intoxication. Son approche s'annonce par l'extériorisation d'un groupe de troubles, véritable signal-symptôme ; leur ordre d'apparition n'est pas fixe, aussi nous contenterons-nous de les énumérer au hasard : les éternuements, les bâillements, les sensations de chaud et de froid, les frissons, l'horripilation de tout l'être, l'énervement et l'instabilité motrice qui dominent souvent le tableau clinique, l'agressivité du caractère, les réactions impulsives, le sentiment que les heures ne s'achèveront pas, que les minutes sont des siècles. Les malades attendent la piqûre les yeux rivés sur l'heure, haletants et angoissés, comme des coureurs qui sentent diminuer rapidement leurs forces lorsqu'ils sont encore loin du but ; ils ont l'impression qu'il faut pousser le temps comme un poids trop lourd pour le faire avancer ; tout retard de la piqûre, fût-il seulement de quelques minutes, jette ces patients déjà énervés et tendus au maximum dans une agitation et une colère invincibles. Les douleurs névritiques, profondes, térébrantes, paraosseuses apparaissent généralement plus tardivement, aux membres supérieurs (tout

particulièrement aux poignets), aux membres inférieurs, aux lombes, crispant et tordant le malade. Enfin notons les phénomènes digestifs : léger état nauséux, diarrhée que nous avons déjà décrite et qu'entretient la purgation.

La moindre piqûre de morphine ferait disparaître comme par enchantement ces troubles parfois extrêmement pénibles ; il faut la refuser catégoriquement et poursuivre le traitement.

La dose d'entretien étant atteinte, comme en témoignent les phénomènes signalés ci-dessus, on en commence l'attaque. L'injection matutinale est diminuée progressivement ; avant de la supprimer, on commence à diminuer celle du soir ; puis on ne garde que cette dernière que l'on diminue jusqu'à la supprimer complètement. Si l'on maintient la piqûre du soir de préférence à celle du matin, c'est d'une part pour essayer de conserver le maximum de repos nocturne, si léger soit-il ; c'est, d'autre part, que l'énervement est mieux supporté et plus facile à combattre le jour ; la souffrance est moins vive, le temps paraît moins long, la distraction malgré tout opère : (allées et venues, soins, conversation affectueuse et fréquente toujours efficace, musique apportée par la T. S. F.). Il faut faire cette piqûre vespérale 1/2 heure avant le dîner, ce qui sauvegarde l'appétit.

Tous les troubles du sevrage s'exagèrent progressivement au cours de celui-ci ; ils éclatent 5 à 6 heures après l'injection et durent en augmentant d'intensité jusqu'à la suivante ; aux alentours du 0 ils atteignent leur paroxysme ; les phénomènes de crise intestinale s'exacerbent même entre la 24^e et la 48^e heure qui suivent cette échéance ; nous en avons déjà vu les caractères (selles bilieuses irritantes) ; on les aide vigoureusement au moyen du sulfate de soude pris deux fois par jour à partir du 0.

Nous insistons sur les troubles du sommeil ; celui-ci, qui a diminué petit à petit au cours du sevrage, devient tout-à-fait nul vers sa fin ; l'insomnie complète constitue l'une des souffrances les plus pénibles des malades en suppression ;

quelles que soient leurs supplications pour obtenir un soporifique, nous avons vu qu'il fallait leur opposer un refus formel.

C'est pendant cette période douloureuse que l'on fait usage des moyens thérapeutiques accessoires déjà décrits :

La médication. Quand on supprime la morphine du soir, on la remplace pendant deux jours par une injection d'huile camphrée (0 gr. 10) + sulfate de spartéine (0 gr. 05) ; le troisième soir on donne seulement de l'huile camphrée ; plus rien ensuite. Bien entendu, en aucun cas l'on ne se permet de substituer un autre toxique à la morphine. Le proverbe italien « un diavolo caccia l'altro » (un diable chasse l'autre) qui a pu au début des toxicomanies paraître applicable à ces dernières, est ici absolument en défaut ; comme le dit Ball « souvent on voit deux diables cohabiter chez le même individu et se prêter un mutuel appui ».

Après le sevrage, on fait pendant 6 semaines 3 injections intra-musculaires par semaine de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 d'extrait hépatique, comme dans toutes les intoxications qui attaquent le foie.

L'hydrothérapie est prescrite sous forme de bains à 36° pris toutes les trois ou quatre heures et prolongés au gré du malade ; en douches ou enveloppements. Elle ne sera employée qu'une fois le 0 toxique obtenu ; il y a grand intérêt en effet à remuer les malades le moins possible tant qu'ils prennent du toxique, afin que l'action de celui-ci s'exerçant au maximum, la dose puisse rester minima. Le colonel X, dont il est question dans l'observation XLVI, cherchait à garder une immobilité de fakir : « moins on remue, moins on brûle » (sa morphine), disait-il.

Enfin, dans certains cas de fatigue, d'anorexie, de déshydratation, l'excellente pratique des injections de sérum artificiel apporterait son invariable appui.

Tel se présente le tableau classique du sevrage ; il va sans dire que son intensité varie suivant les circonstances ; tous les symptômes décrits étaient marqués au maximum chez

les malades qui, avant la guerre, absorbaient 3, 5, 6 grammes de morphine par jour, y ajoutant souvent 1 gramme ou 1 gr. 50 de cocaïne, et quelques apéritifs. Actuellement ils sont plus atténués dans l'ensemble ; si la lutte contre les stupéfiants n'a que peu diminué le nombre des toxicomanes, elle a, de par les entraves mises à l'achat de la morphine, fait baisser les doses de celle-ci.

Il nous reste à signaler un symptôme assez général chez les hommes : les érections du sevrage, qui dans les premiers jours, surtout chez certains jeunes gens, entraînent un état voisin du satyriasis. Elles s'accompagnent de pollutions très abondantes, comme si les glandes séminales, à l'instar du foie, passaient par un stade de crise éliminatoire.

Des phénomènes parallèles se rencontrent chez les femmes; elles subissent des paroxysmes nymphomaniques qui les rendent très érotiques à l'adresse de ceux qui les entourent. De même les infirmières doivent se garer des allures entreprenantes des patients du sexe masculin.

Ces phénomènes sont bien connus des vieux récidivistes de la morphine, et surtout des médecins morphinomanes. Quelques-uns de ces malades, que l'âge a rendus indifférents à toute sexualité, cherchent par la rechute toxicomaniacque à retrouver dans les semaines du sevrage un peu de leur ancienne virilité. Aussi le confrère qui fait l'objet de l'observation XII racontait-il que, pour excuser à ses propres yeux ses faiblesses répétées, il se disait : « à quelque chose malheur est bon, puisque, pendant le sevrage des vacances prochaines passées aux thermes de Montsouris, d'une part je retrouverai mon souffle, et d'autre part quelque ardeur virile ».

Ce fait est tout-à-fait général dans les intoxications opiacées.

La méthode semi-lente permet, somme toute, sans aucun échec sur plus de mille cas étudiés, d'arriver sans grosse difficulté au sevrage. Les dangers ne seraient à craindre que dans deux éventualités : mauvais état physique du malade, erreur de technique ; ils ne doivent donc pas exister.

Dans la première alternative, on pourrait voir : une syn-

cope brusque chez un cardiaque ; une anurie, voire de l'urémie. L'artériosclérose avec cœur déficient est une contre-indication formelle au traitement ; il faut savoir refuser en ce cas tout sevrage, et se contenter de ramener très lentement les quantités de morphine à la dose d'entretien ; sinon, l'on risque ou la mort subite, ou la mort rapide annoncée par une chute du nombre des pulsations au-dessous de 36 à la minute, ou la mort progressive sans souffrance dans le coma, le pouls s'étant accéléré au-dessus de 120 ; la constatation de ces signes circulatoires doit faire automatiquement rendre un peu de morphine, qui suffit généralement à rétablir l'ordre. Nous ne pouvons passer en revue toutes les affections ou déficiences organiques qui rendent imprudents les essais de cure : au médecin de juger ; citons seulement encore la tuberculose (obs. XV) ; rappelons la nécessité de l'examen complet du malade au début de la cure, et de sa surveillance attentive au cours de celle-ci.

Enfin, si les dangers du sevrage ne sont pas le fait d'un mauvais état général, ils peuvent être celui d'une faute de technique : méconnaissance des grandes règles d'hygiène, de l'isolement, de l'alitement ; sevrage entrepris avant le déclenchement de l'élimination urinaire (mais il est toujours permis de supprimer dès le début la dose de luxe).

A partir de la 36^e heure du sevrage les plus mauvais moments sont passés ; les douleurs disparaissent généralement, fait bien connu des anciens morphinomanes qui attendent montre en main cette échéance. L'insomnie seule persiste longtemps, et rend pénible, parfois très pénible encore cette période par ailleurs bien meilleure ; elle peut se prolonger 15 à 20 jours, ne subissant que de rares éclipses de quelques minutes, plus tard de quelques quarts d'heure pendant lesquels le malade fait un cauchemar d'opium. Cette épreuve est d'autant plus dure qu'elle contraste avec une véritable renaissance de l'état général : le patient qui pendant le sevrage a perdu de 3 à 8 kilogrammes retrouve un appétit formidable ; on est obligé de lui laisser un repas nocturne

qui, tout en satisfaisant sa boulimie, sature l'excès de suc gastrique dont l'action s'est fait sentir par des « brûlures d'estomac » ; ce repas calme parfois un peu l'énervement et permet dans certains cas un peu de sommeil. On peut dire que le malade, dont l'état nécessite encore l'alitement jusqu'au 3^e septenaire, passe son temps devant un plateau chargé, sur sa chaise percée, ou dans l'eau. Il change complètement d'aspect, au point de devenir méconnaissable ; son teint jaune terreux à l'entrée, s'éclaircit ; la peau desséchée reprend sa souplesse, les cheveux secs et cassants, leur brillant ; le regard terne et fixe s'avive ; le myosis disparaît, remplacé parfois par une mydriase. Le cœur, sourd avant le sevrage, retrouve sa tonalité ; les urines abondantes et claires ne contiennent plus d'albumine ; le foie a repris son volume. Le poids augmente kilo par kilo : nous avons vu un patient regagner 18 livres en 20 jours. Enfin un rajeunissement surprenant frappe l'entourage. (Une femme de médecin âgée de 47 ans, et dont les cheveux étaient blancs au début de la cure, vit ceux-ci après quelques semaines de sevrage, redevenir « poivre et sel » à tel point que son mari eut peine à croire qu'elle n'avait pas usé de teinture).

L'habitus se transforme parallèlement ; égalité d'humeur, vivacité, enjouement, sont revenus ; c'est le moment d'intensifier la psychothérapie en profitant des bonnes dispositions du sujet pour lui inculquer certaines vérités premières peut-être un peu difficiles à assimiler et qui eussent été, sinon mal comprises, du moins mal acceptées au début ; c'est le moment aussi de donner un solide coup de levier moral, afin d'amorcer le rétablissement dont la consolidation ne peut être que l'œuvre du temps.

A partir de la 3^e semaine le malade pleinement convalescent a repris et dépassé le poids d'entrée ; l'appétit s'apaise, le sommeil revient. Il faut tâcher d'obtenir un embonpoint supérieur à celui qui est habituel à l'état de santé ; les psychopathes, comme les tuberculeux, doivent pour guérir avoir un excédent de poids ; il est nécessaire à la modification profonde de l'état général, donc de la coenesthésie. Pendant ce

temps a évolué un syndrome sanguin rappelant celui des maladies infectieuses : hyperglobulie, polynucléose avec disparition des éosinophiles dans les premiers jours, mononucléose suivie d'éosinophilie ensuite, et apparition de formes anormales ; augmentation de la résistance globulaire, diminution de la résistance des leucocytes ; ceux-ci principalement sont atteints par des altérations morphologiques et structurales, voire par un processus dégénératif. Ce syndrome ne laisse place au statut normal qu'au bout de 40 à 60 jours (1).

La question du sevrage est réglée ; entre 2 et 3 mois l'on peut considérer que le malade a repris toutes les apparences de la santé. Son psychisme cependant est loin d'avoir suivi le mouvement ; le toxicomane vrai reste un faible, un hypersensitif, un aboulique chez qui la moindre fatigue ramène le souvenir obsédant de la morphine et l'impulsion à en reprendre. Les boissons alcooliques sont particulièrement funestes dans le décours du sevrage, et il faut prescrire au convalescent l'abstinence de vin et d'alcool au moins pendant un an, en se souvenant que la plupart des récidives sont nées d'un bon dîner. L'abstinence de tabac, quoique moins importante, est désirable. Rappelons que les rechutes faites peu de temps après le sevrage (4, 5, 6 mois) sont pires que la chute elle-même : l'activité du poison qui s'attaque à un organisme en pleine reviviscence est grandement augmentée.

La drogue étant supprimée, le sevrage effectué, l'état mental sous-jacent apparaît à nu, et il faudrait pouvoir, s'il s'agit d'un simple déprimé mélancolique avec idées obsédantes, d'un hypomaniaque subexcité interprétant, d'un fou moral aux perversions instinctives, ou encore d'un épileptique dipsomane, le garder en traitement jusqu'à la disparition de ses gros symptômes mentaux. MAGNAN n'abandonnait pas ses toxicomanes avant 6 mois ou 1 an ; l'expérience montre que cette vue était juste. et que même s'il est des cas (comme la folie morale) où la thérapeutique la plus

(1) Thèse de Morat, 1911.

sévère et la plus prolongée n'amène malheureusement rien de définitif, bien souvent cependant les résultats sont encourageants ; le nier serait nier contre l'évidence la possibilité même du traitement des psychopathes.

Mais les conditions sociales et la mentalité générale sont telles aujourd'hui qu'on ne peut imposer à un psychopathe intermittent ou cyclothymique une cure qui dépasse notablement le temps de la désintoxication ; les malades ne veulent ou ne peuvent pas s'y soumettre ; les familles, quand l'orage est passé, ne comprennent pas la nécessité d'un traitement prolongé. S'agit-il d'indigents ? L'encombrement des services hospitaliers est si grand qu'on ne peut songer à les garder le temps d'une cure qui cependant, loin d'être un luxe, ne représente qu'une absolue nécessité dont la méconnaissance risque de rendre vains les sacrifices déjà consentis. Nous reviendrons sur ces notions, qui entraînent des conséquences non seulement individuelles mais sociales, et qui doivent à ce titre attirer l'attention de toute autorité publique consciente de ses devoirs et digne de son nom ; la chose s'est vue dans certains pays, malheureusement pas dans le nôtre.

Le médecin ne peut donc compter que sur lui-même pour préparer au retour à la vie normale le convalescent, dans le temps que celui-ci veut bien lui concéder. C'est alors que la psychothérapie doit se faire plus pressante en même temps que plus précise ; il ne s'agit plus du passé ni même du présent ; c'est l'avenir, le présent de demain, qui est en cause. On examine donc avec le malade, dans une atmosphère de sollicitude affectueuse qui n'exclut pas l'autorité, les diverses alternatives qui s'ouvrent devant lui. La notion de travail domine la situation ; lui seul peut contrebalancer les influences mauvaises et équilibrer la vie, amortir et freiner les impulsions, coordonner, remplir et étendre l'activité, combattre les idées anormales, les tendances morbides, les mouvements déréglés qui sont l'apanage trop fréquent du désœuvrement et de la vacuité de l'existence, ou qui tout au moins y trouvent le plus propice des milieux de culture. Nous

ne pouvons nous étendre plus longuement ; appuyons cependant une fois encore sur le rôle toujours primordial du médecin auprès de l'individu guéri en apparence mais qui s'approche pas à pas du danger ; à lui d'avoir bien présent à l'esprit le milieu dans lequel il va évoluer, son cadre familial, ses traits de caractère ; à lui de stimuler une dernière fois ses forces morales de quelqu'ordre qu'elles soient ; car, si la mode est de leur refuser une grande place dans le jeu vital (quand ce n'est pas de les en chasser), elles ne l'en occupent pas moins, et nous faisons nôtres ces paroles du professeur CHAUFFARD : « Pour arrêter les hommes en face de leurs passions, il faut les pénétrer d'idées morales. d'idées de devoir et de dévouement, d'abnégation et de sacrifice » (1).

Nous nous sommes volontairement étendus sur la pratique de la démorphinisation parce qu'elle constitue un prototype dont les grandes lignes dominent toute thérapeutique de désintoxication. Nous étudierons maintenant les caractères imprimés par chaque toxique à son propre traitement, en commençant par les dérivés de l'opium.

Les règles de la démorphinisation s'appliquent telles quelles : au *pantopon*, à la *dionine*, au *laudanum* (qui sera bien entendu donné « per os » même s'il a été pris en piqûres), à la *codéine*, à l'*eucodal*, au *séfol* ; ces produits sont toujours pris à faible dose, et le sevrage en est facile autant qu'innoffensif.

Chez les *fumeurs d'opium* on opère la suppression en prescrivant, en laudanum à ingérer, la quantité d'opium calculée approximativement d'après le nombre de pipes, et en la diminuant progressivement comme il a été dit. Mieux vaut éviter la morphine qui entraîne la nécessité d'injections susceptibles de créer une nouvelle habitude.

L'*héroïne*, dont nous avons exposé la toxicité bien supérieure à celle de la morphine, est aussi plus dangereuse à supprimer. On en simplifie le sevrage en la remplaçant d'emblée par la morphine à dose presque double (nous voilà donc

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, Séance du 24 janvier 1870.

à l'opposé des thérapeutes qui avaient cru pouvoir substituer l'héroïne à la morphine pour supprimer cette dernière). Il ne faut pas moins se méfier d'accidents graves, craindre l'anurie et surtout la syncope ; celle-ci non plus cardiaque mais respiratoire et bulbaire s'accompagne d'une défaillance du poulx ; elle n'est pas, comme les accidents circulatoires des morphinomanes en sevrage qui réagissent à la morphine, vaincue par une injection d'héroïne, si forte soit-elle ; il faut employer d'autres moyens pour ranimer la respiration et les battements cardiaques ; s'ils échouent, la partie est perdue.

2° *La cocaïne, l'éther, le haschisch* sont justiciables de la suppression immédiate ; non seulement celle-ci est inoffensive, mais en 36 à 48 heures elle est suivie d'une diminution graduelle des symptômes d'intoxication qui disparaissent généralement en 2 à 3 septenaires.

3° Le sevrage du *chloral*, dont la technique est identique, offre cette particularité d'entraîner des douleurs musculaires extraordinairement vives.

4° Nous n'entreprendrons pas une description détaillée de la *désintoxication alcoolique* ; celle-ci est trop bien connue, et les travaux de MAGNAN et de LEGRAIN l'ont, semble-t-il, fixée pour longtemps. Nous nous contenterons seulement d'en mettre en lumière les points principaux.

Insistons sur la nécessité d'une surveillance médicale très précise, plus minutieuse encore que dans l'intoxication par la morphine ; cette dernière, même à forte dose, quand elle est pure, demeure le poison le moins dangereux pour l'organisme.

Alcoolisme suraigu et aigu. — Dans le *delirium tremens* il ne faut pas faire de sevrage immédiat (rappelons que le *delirium* est parfois provoqué par la suppression brusque au cours d'un alcoolisme subaigu).

Il faut éviter d'attacher le malade, mais tâcher de le maintenir au lit.

Il n'est pas nécessaire de le purger chaque jour, mais tous les deux jours.

Le régime est seulement fruito-végétarien, et doit comporter des boissons abondantes dans lesquelles entre du vin blanc : le 1^{er} jour : 1 litre ; le 2^e jour : 3/4 de litre ; les 3^e, 4^e, 5^e jours : 1/2 litre ; les 6^e et 7^e jours : 1/4 de litre ; les 8^e, 9^e et 10^e jours : 1 verre. A partir de ce moment on ne donne plus que de l'eau.

Les grands bains prolongés à 35° ou les enveloppements tièdes quasi-permanents sont prescrits pendant tout ce temps dans la mesure du possible.

La médication toni-cardiaque est appliquée deux fois par jour sous forme de 0 gr. 05 de spartéine le matin et 10 cc. d'huile camphrée le soir.

L'insomnie est calmée au moyen du bromure + chloral administré pendant quelques jours ; sédatif et légèrement diurétique, il diminue en outre les phénomènes congestifs ; ceux-ci paraissent être augmentés par l'opium qui par ailleurs excite l'alcoolique et ne convient pas à son terrain toujours hépatique et souvent artério-scléreux.

Généralement le délire se prolonge pendant 3 à 4 semaines ; un jour, brusquement, après avoir progressivement décru, il s'efface, et le malade semble sortir d'un rêve.

La température constitue l'un des plus importants éléments de pronostic ; quand elle s'élève et se maintient à 40° il faut faire toutes réserves.

Signalons en achevant ce paragraphe un détail qui a son intérêt : il faut que la chambre du délirant alcoolique soit éclairée en permanence ; les hallucinations visuelles sont en effet entretenues et exagérées par l'obscurité, et ce sont elles qui entraînent l'excitation.

Alcoolisme subaigu. — Le traitement, dans les grandes lignes, est le même, moins sévère cependant. Le sevrage peut être fait plus rapidement, en 5 à 7 jours au lieu de 10.

Après le sevrage, on a avantage à donner, comme d'ailleurs dans toute forme d'alcoolisme, de l'extrait hépatique en

suivant la technique décrite plus haut pour l'intoxication morphinique. On peut y ajouter, s'il existe des menaces de polynévrite, 0 gr.002 de strychnine par jour, après s'être assuré de l'état rénal.

Il faut essayer de garder les malades le plus longtemps possible, 2 ou 3 mois au minimum afin de leur permettre de prendre l'habitude de l'abstinence, de consolider leur volonté, bref de se défendre contre eux-mêmes. Ils ignorent leur faiblesse, aussi l'adage bien connu « Qui a bu boira » se trouve-t-il souvent vérifié. On doit se souvenir et leur dire que, pendant plus d'un an, l'absorption de la plus minime quantité de vin, fût-ce une cuillerée seulement, entraîne à coup sûr la rechute. L'alcoolique doit donc être considéré pendant longtemps comme un convalescent et traité comme tel, sans être abandonné à ses propres forces déficientes ; c'est la condition du succès, et sa méconnaissance très fréquente est cause des nombreuses récidives dont la constatation a fini par répandre dans le public une croyance erronée autant que néfaste à l'incurabilité de l'alcoolisme. Aussi cette « manie », la plus dangereuse et la plus répandue de toutes, est-elle, fait paradoxal, la moins combattue.

Il serait même à souhaiter qu'en dehors de la désintoxication proprement dite qui doit toujours être tentée, les médecins appelés à soigner des tares organiques dues à l'alcool, comme on en voit tant à l'hôpital, fussent à même d'obtenir un minimum d'isolement et d'abstinence, et qu'ils pussent, tout en ajoutant un peu de psychothérapie à leur traitement physique, garder les malades ou tout au moins obtenir qu'ils prolongent ailleurs l'effort thérapeutique ; les conditions d'hospitalisation actuelles, la routine, l'inertie, la mauvaise volonté s'opposent, et c'est infiniment regrettable, à la réalisation de ces très simples suggestions qui obtiendraient sûrement des résultats.

Alcoolisme chronique. — Celui-ci, quoi qu'il en semble, doit être traité, et peut être guéri en employant toujours les mêmes moyens : isolement prolongé, désintoxication, psychothéra-

pie. Malheureusement il se constitue bien souvent lentement, à bas bruit, voire à l'insu des malades. C'est faire œuvre d'hygiène prophylactique que de mettre en lumière les fâcheux effets des liqueurs prises de façon subcontinue après les repas ; celui des trop nombreuses coupes de champagne ou de punch absorbées dans de trop nombreux buffets ; enfin celui des cocktails. Né du snobisme, absolument contraire au tempérament français, leur usage entraîne un alcoolisme mondain, un alcoolisme de la jeunesse qui prépare des générations de tarés dans la couche sociale qui devrait donner l'exemple. On s'étonne, devant ce nouveau mode d'attaque de la santé humaine, de la faible réaction du corps médical qui, à part certaines protestations isolées, à part surtout les courageuses phrases prononcées par le professeur GUILLAIN à l'Académie de Médecine, ne semble guère s'en être ému. En dehors même de la propagande individuelle toujours efficace, au sein de toutes les enquêtes, les leçons, les affiches, les discours, les discussions, les annonces diffusées en T. S. F., enfin dans le flot des paroles inutiles ou nuisibles qui inondent le monde contemporain, il y aurait cependant place pour une campagne énergique, de nécessité urgente ; espérons qu'elle sera faite, et avant qu'il soit trop tard.

Cette nouvelle acquisition de l'alcoolisme montre une fois de plus l'inconscience générale devant ce péril. Beaucoup l'ignorent, convaincus qu'alcoolisme est synonyme d'ivresse, et que quiconque ne s'enivre pas est sobre. Plus nombreux encore sont ceux qui n'admettent pas sa curabilité ; trop de Français, pourtant si prompts à se laisser prendre au caquet des charlatans, acceptent flegmatiquement son existence comme un fait habituel et un mal inévitable.

Il y a cependant deux remèdes bien simples : l'un prophylactique, le meilleur, en vérité le seul, mais aussi le seul apparemment impossible à obtenir puisque la politique s'y oppose, c'est l'interdiction de fabriquer ou de vendre les boissons alcooliques autres que le vin, la bière, le cidre. L'autre, thérapeutique, n'est qu'un pis-aller ; nous ne le dé-

erirons pas à nouveau. Citons seulement, en terminant, le procédé de Briand : celui-ci gardait ses alcooliques en traitement automatiquement 3 mois la première fois, 6 mois à la première récursive, 1 an à la deuxième. Les résultats étaient, paraît-il, satisfaisants. Mais quel médecin pourrait aujourd'hui attenter ainsi à la « liberté individuelle », alors que les fous eux-mêmes trouvent des appuis extérieurs (avocats, journalistes) grâce auxquels ils reprennent la clef des champs et grâce auxquels, au nom de cette même liberté, ils exercent leurs sévices sur leurs concitoyens au premier rang desquels évidemment se trouve le médecin qui a fait son devoir en les mettant en sûreté ? La carence de l'autorité pénètre la société tout entière, jusqu'à l'unité sociale qu'est la famille ; notre observation XLII est un exemple entre mille : nous n'avons pu obtenir que le père du petit malade obligeât sa femme à se faire traiter ; pourtant en ce faisant il sauverait son ménage, sa famille, et sa postérité. Au risque de nous répéter, disons qu'ici comme ailleurs le traitement s'impose ; qu'il doit être prolongé au delà du temps de la désintoxication ; sans lui toute prophylaxie mentale est vaine, ostentatoire, et publicitaire. D'ailleurs il n'est même pas physiquement inutile ; nous avons vu parfois dans le décours d'un sevrage alcoolique, au bout de plusieurs semaines, apparaître des accidents somatiques : une polynévrite, voire une quadriplégie (obs. LVIII). Cette imprégnation toxique persistante est un fait assez général. Aussi faut-il au minimum, avant de laisser partir l'alcoolique sevré, attendre le retour du sommeil sans cauchemar, la disparition des douleurs musculaires, et si possible la reprise de l'habitude de boire de l'eau. Ce temps ne sera pas perdu pour la psychothérapie.

5° Nous parlerons maintenant du *barbiturisme*, qui n'est pas véritablement une toxicomanie. Il se présente sous deux formes : *aiguë*, de beaucoup la plus fréquente, méthode de suicide à la mode, employée par ceux que dégoûte la corde

ou la rivière, méthode d'une commodité sans égale puisque la vente du poison est libre, grave erreur sur laquelle nous reviendrons.

Le barbiturisme aigu, qui entraîne le coma, doit être traité comme les autres empoisonnements. Nous insistons sur la pratique indispensable du lavage d'estomac précoce, efficace seulement dans les premières heures ; si la sonde ne peut être passée par la bouche il faut l'enfoncer par le nez ; de toute façon l'on fait suivre le lavage de l'introduction d'un demi-litre de café noir sucré, manœuvre qui peut être répétée. Par ailleurs on ne néglige pas les moyens adjuvants : caféine, huile camphrée, sérum, respiration artificielle avec tractions de la langue s'il y a lieu. On applique également la méthode des injections intra-veineuses de strychnine, injections répétées toutes les heures, sans compter d'une façon absolue sur la constance du succès, celui-ci étant très variable suivant le cas.

Chronique, le barbiturisme est surtout associé ; plus rarement c'est une intoxication de remplacement, comme celle de l'antipyrine. Il est toujours facile d'opérer la suppression en 4 à 5 jours.

6° Disons quelques mots du *tabac*, auquel s'appliquent les mêmes considérations ; la fréquence de son usage explique la fréquence de sa coexistence avec beaucoup d'autres intoxications dont il peut augmenter la nocivité, et cela d'autant plus que les intempérants dont il s'agit ne savent pas se limiter. Le « tabagisme » isolé existe cependant ; nous avons, l'an passé, sevré en 2 ou 3 jours et désintoxiqué un jeune homme incapable de diminuer à lui seul sa ration quotidienne de 80 à 100 cigarettes.

7° Il nous reste à signaler le traitement des *polyintoxications*. Nous avons noté leur fréquence et leur gravité. Leur suppression s'inspire des règles énoncées plus haut pour chaque toxique en particulier.

Ainsi se présente actuellement le traitement des toxicomanies. Arrêtons-nous en terminant à certains essais récents d'une médication qui cherche à rendre possible le démorphinisation immédiate, par l'emploi de substances huileuses. Nous ne nous en sommes pas servis ; mais dès l'abord sans nier le bon effet de l'huile que nous employons sous forme d'huile camphrée, sans parti pris aucun contre les recherches nouvelles, nous ne voyons pas l'utilité de ce surcroît de thérapeutique par ailleurs très onéreux. Il est fort possible que cette méthode permette le sevrage brusque ; il ne s'ensuit pas que l'on gagne du temps. Celui-ci, nous l'avons vu, constitue par lui-même l'un des éléments de la cure ; le temps passé au sevrage est admis sans discussion par le malade ; si on le supprime, c'est autant de perdu pour lui, car il est toujours désireux d'abrèger. De plus, la période de désintoxication ne peut être raccourcie ; enfin aucun médicament ne peut prendre la place de l'isolement prolongé.

Il est à craindre que cette nouvelle méthode ne joue le rôle de « trompe-l'œil » en faisant croire à la simplification de la démorphinisation et surtout à la possibilité de sa réalisation à domicile, par tout le monde, sans autre traitement que les piqûres de la spécialité choisie. Le seul exemple qui soit venu jusqu'à nous confirme cette manière de voir ; il est relaté dans notre observation LI. La malade avait reçu chez elle des injections de Démorphène, sans plus. Quand on fut amené à nous l'adresser, en pleine confusion mentale hallucinatoire, nous dûmes reprendre depuis le début le traitement classique, moins le sevrage déjà effectué.

Nous ne citons la *phlycténothérapie* que pour mémoire ; elle ne peut être prise au sérieux (4).

(4) J.-B. BUVAT et G. VILLEY-DESMESERETS. « Quelques réflexions cliniques à propos de la phlycténothérapie dans la guérison des toxicomanes » (*Gazette des Hôpitaux*, 18 déc. 1929).

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-SOCIALES

Arrivés au terme de cette étude limitée dès l'abord au tableau clinique et thérapeutique des toxicomanies, nous ne pouvons cependant passer sous silence les graves problèmes qu'elles soulèvent : tout ce qui les touche constitue en effet une vaste question de clinique et de thérapeutique sociales. A une époque où ce dernier mot se trouve dans toutes les bouches et dans tous les écrits, employé d'ailleurs de façon si diverse qu'il risque d'en perdre toute signification précise, nous ne pouvons éviter de l'appliquer à notre sujet, qui intéresse l'humanité entière.

La toxicomanie comporte divers degrés et se rattache par une chaîne de cas intermédiaires à la toxicophilie naturelle à chaque individu ; celle-ci lui fait accepter la médication calmante ou tonifiante chaque fois que la Faculté juge bon de la lui dispenser. La connaissance plus ou moins étendue de ces médicaments presque tous issus de la nature, presque tous les mêmes au cours des âges, remonte, nous l'avons vu, aux temps les plus reculés. Il ne s'agit donc pas d'une création de l'époque moderne ; mais les progrès scientifiques de cette dernière, qui tendent à mettre toute chose à la portée de chacun, sont responsables de la diffusion des poisons et de leur pénétration accentuée dans une société par ailleurs secouée de profondes perturbations, avide de jouissance, ennemie de tout frein et envahie de détraqués contre lesquels elle n'a pas le courage de se défendre : elle est cependant la première à en pâtir.

En effet le toxicomane tient une place de parasite : incapable de prendre part à la vie générale, incapable même

d'assurer sa subsistance et celle de sa famille, inapte au travail, il tombe tôt ou tard à la charge de ses compatriotes, bien souvent par l'intermédiaire de l'asile ou de la prison.

Le mal est plus grand encore : ce malade ne se contente pas d'être un rebut, il est un danger social. Il ruine les siens, non seulement par son incapacité, mais aussi par la dépense qu'occasionne son vice : le coût seul du poison est immense ; c'est à dessein que nous n'avons pas tiré de conclusion précise des doses absorbées : elles sont fonction, non pas seulement de l'appétence du sujet, mais aussi de l'état de sa bourse. Que dire enfin du coût des folies qui en sont la conséquence ? Elles poussent le malade dans tous les vices : escroquerie, vol, crime sont les termes possibles de son activité.

Plus dangereuse encore peut-être est la phalange des toxicomanes qui, capables de mener une vie subnormale, font illusion, et tiennent entre leurs mains tremblantes de graves responsabilités ; le fait est d'autant plus fréquent que l'intoxication (surtout en ce qui concerne l'opium et la cocaïne) sévit particulièrement dans les classes dites dirigeantes, en premier lieu chez les médecins et tous ceux qui gravitent autour de la médecine, puis dans l'armée, le monde de la politique, l'Université ; comment ne pas frémir en voyant confier à un toxicomane la vie d'un malade, la destinée d'une armée, d'un navire, voire celle d'une nation ? Nous avons entendu raconter par l'un de ses collègues la lamentable histoire d'un officier de marine qui, n'ayant pu obtenir son op'um du médecin du bord, fût-ce sous la menace du revolver, s'était jeté dans l'alcoolisme, buvant en un mois 18 bouteilles de « Johnny Walker » (toute la provision assurée pour longtemps par le modeste budget du carré), du Pernod et beaucoup de vin. Cet officier, qui avait bénéficié d'un avancement remarquable dû à l'héroïsme dont il avait fait preuve pendant la guerre, s'était mal adapté à la vie du temps de paix. A bord du petit navire dont il était le second, atteint d'un délire de persécution, il arrosait

de désinfectant le pas de sa porte, lavait ses assiettes à l'eau oxygénée, et, pris d'une haine contre le médecin, il martyrisait son chien qui finit par en mourir. Ce misérable ne prenait pas son quart, oubliait de commander le combustible, et faisait preuve d'une lâcheté qui démentait totalement ses antécédents. Il mourut à l'âge de 46 ans, en 1935.

Poussons plus avant encore. Les toxicomanes, non contents de pécher contre la société actuelle, compromettent gravement l'avenir de la race. La notion d'hérédité est à l'ordre du jour, au moins en théorie, et quant au passé ; mais on ne pense guère que l'hérédité future est notre œuvre, qu'elle se prépare dans le présent ; celui-ci pourrait parfois la corriger d'avance, ou tout au moins éviter de l'aggraver. Mieux que cela : la toxicomanie bien souvent en supprime purement et simplement la possibilité en entravant la reproduction, en desserrant ou en dénouant les liens familiaux, condition première de la fécondité. Les toxiques, et en premier lieu l'alcool (répétons-le sans trêve), jouent un rôle néfaste autant que certain dans la crise de la natalité qui contribue à faire perdre à notre malheureux pays un peu de la place privilégiée qu'il occupait dans le monde ; si la France était abondamment peuplée, bien des problèmes ne se poseraient pas ; la situation serait tout autre qu'elle ne l'est, tant du point de vue intérieur que du point de vue extérieur. Il importe d'appuyer sur ces notions ; aux pouvoirs publics, aux institutions officielles, aux chefs de collectivités, à tous les Français il incombe de pousser le cri d'alarme ; aux autorités à faire le nécessaire pour encourager et aider les familles nombreuses, force et richesse de la nation, par une répartition judicieuse des charges.

Contre tous les maux décrits ci-dessus, qu'a fait la société ?

Son effort, pour être complet, doit s'exercer envers le toxique et envers l'intoxiqué.

Envers le toxique : elle a inscrit au tableau B certains poisons et abaissé la quantité de morphine quotidienne permise ; mesure excellente, mesure insuffisante puisqu'elle

n'atteint ni l'alcool, ni les barbituriques, causes de tant de suicides, alors qu'elle combat l'opium, le moins dangereux des toxiques, dont elle a d'ailleurs fait diminuer l'emploi (ceci n'empêche que, au moment de mettre ce travail sous presse, trois opiomanes se présentent à nous, dont l'un, ravitaillé par une officine de Montmartre, prend 2 grammes d'héroïne par jour).

Pour ce qui est de l'alcool la lutte est presque négligeable ; certes on a maintenu l'abaissement du taux alcoolique des boissons établi pendant la guerre, mais il n'est pas question d'en interdire la production et la vente pour réserver ces privilèges au vin, à la bière, au cidre ; cette mesure radicale, appliquée avec rigueur, serait pourtant la seule efficace. Mais les buveurs sont garantis contre cette grave offense à leur liberté par la nécessité de ménager le cabaret agent électoral, officine de police, empoisonneur physique et moral du pays. On ne peut compter, pour éclairer le public, sur la grande presse trop attachée à des intérêts particuliers ; en voici une preuve entre mille : un ancien chef de clinique des maladies mentales appelé à la rédaction scientifique d'un grand quotidien parisien, s'apprêtant à faire une chronique bi-mensuelle, exposa au directeur son projet : mettre la question de l'alcoolisme au premier plan de ses préoccupations, entreprendre une lutte régulièrement poursuivie. « Vous parlerez de ce que vous voudrez », lui fut-il répondu, « mais vous ne toucherez pas à l'alcoolisme ; deux articles antialcooliques me feraient perdre 50.000 abonnés ». Le confrère eut la bonté de s'étonner, et s'inclina.

Les seules tentatives sérieuses ont été faites par l'initiative privée ; nous ne pouvons les énumérer ; cependant il est impossible de passer sous silence le courageux apostolat du docteur LEGRAIN qui a consacré son activité à un prosélytisme antialcoolique des plus étendus et des plus variés ; c'est à lui qu'est dû le premier « patronage de buveurs », curateur et prophylactique, d'intérêt individuel et social, et dont l'idée, peu exploitée et même ridiculisée en France par des jaloux,

a été retenue à l'étranger, surtout en Allemagne où, puissamment aidée en haut lieu, elle a pris un essor magnifique.

Si la société doit s'attaquer au toxique, elle doit aussi se préoccuper du toxicomane. Elle ne supprime pas sa tentation, faute primordiale ; elle ne l'oblige pas à se soigner, deuxième grave erreur ; enfin lorsque, forcée par les circonstances, elle l'interne, elle saisit la moindre occasion de le remettre en circulation et de le rendre ainsi à son vice (nous avons vu un alcoolique de 45 ans qui était entré 50 fois à l'asile). Sous prétexte de liberté c'est au malade dangereux qu'elle fait cadeau de cette dernière ; c'est lui qu'elle protège, qu'elle arme contre ses compatriotes normaux qui perdent la liberté d'aller et venir sans péril. Elle laisse cet agent de contamination ruiner sa famille, procréer des tarés, sans voir qu'elle travaille contre elle-même, et que les coups de ces misérables ne l'épargneront pas. Enfin lorsqu'elle est obligée de juger un délinquant toxicomane, elle argue de l'absence ou de l'atténuation de la responsabilité, selon l'étroite conception juridique qui se paie volontiers de raisonnements stériles, erreur profonde dans l'état actuel des choses en France, notion qui ne peut se défendre que si, comme on l'a dit dans un récent article « il est possible de défendre la société par les moyens d'ordre médical... S'il est certain que l'indulgence n'aura pas pour résultat d'augmenter la nocivité de l'inculpé » (1). Le premier de ces conditionnels est dans certains pays un indicatif ; en Belgique notamment fonctionne depuis la loi du 9 avril 1930 une institution bien spéciale : l'asile-prison où les malades sont placés, hors de contact avec les criminels, sur décision du juge motivée par un examen médical (obs. IV). Une création semblable s'impose en France ; puissent les autorités compétentes entendre notre appel, qui est celui de bien des spécialistes.

Entre le rôle des officiels et celui de l'initiative privée se place celui du médecin. Il est nécessaire et s'exerce par

(1) RODIET et QÉRON. — Débilité mentale, imbécillité, déséquilibre mental et hérédité (*Gazette des Hôpitaux*, 11 mars 1936).

l'exemple, par la parole, par l'action. Au médecin de dépister l'alcoolisme dans les familles, sans se contenter de traiter, en fermant les yeux sur leur cause, les troubles qu'entraîne celui-ci ; à lui de conseiller la cure, même aux petits alcooliques habituels souvent inconscients de leur erreur ; à lui de combattre le petit verre trop fréquent d'après dîner, les cocktails, l'affreuse habitude des soi-disant apéritifs. Il rencontre certes de graves obstacles apportés par la famille, tant il est vrai que l'éducation générale est nulle à ce point de vue (c'est dès l'enfance, à l'école, dans les œuvres de jeunesse qu'elle doit travailler de toutes ses forces) ; comme toujours en psychiatrie, l'entourage du patient est infiniment moins compréhensif et moins docile que lui-même. Nous ne reviendrons pas sur l'action possible du médecin à l'hôpital ; elle est plus difficile encore mais non impossible, et il faut se rappeler que le plus petit effort n'est jamais inutile.

Insistons, en terminant ce paragraphe, sur la nécessité d'une éducation psychiatrique pour tous les médecins ; on médit volontiers de la psychiatrie, on rit de ses méthodes parfois, il est vrai, défigurées par des charlatans ; on en rirait moins si on la connaissait mieux. Nul art médical n'est plus raisonnable, plus fait de bon sens, de mesure et d'observation, plus proche de la vie ; contrairement à ce que l'on croit, nulle branche de la médecine ne se paie moins de mots — ou de médicaments ; aucune ne pratique plus volontiers les immortels principes d'Hippocrate : « *Natura medicatrix* », « *Primum non nocere* », ni les paroles de son fameux serment dont on devrait bien rétablir la tradition dans toutes les Facultés. Il est à souhaiter que les étudiants en comprennent la nécessité et désirent ajouter ses enseignements fondamentaux à leurs connaissances ; ainsi pourront-ils réaliser chez leurs patients « *mens sana in corpore sano* ». Il serait bon que la Faculté leur en facilitât les moyens, en permettant aux élèves chargés de fonctions hospitalières de s'initier aux spécialités, privilège qui semble réservé aux simples stagiaires.

Pour terminer ce chapitre, posons encore une question :

puisque les toxicomanes sont des malades mentaux, la suppression radicale d'un toxique ne les rejette-t-elle pas vers un autre ? Cette notion est juste, et nous avons vu jouer déjà la substitution. Elle sera combattue par les armes suivantes : le débit de tous les poisons doit être réglementé, d'autant plus sévèrement qu'ils sont plus nocifs. On doit traiter les psychopathies. Ces deux mesures entraînent des résultats certains. Enfin il faut tenter par tous les moyens de stimuler l'énergie, l'honnêteté, l'esprit de travail ; lutter contre l'aveulissement, contre l'indiscipline générale si souvent encouragée, bref réveiller les forces morales sans lesquelles rien ne peut aboutir.

Nous arrêtons là cette étude sans doute incomplète ; à regret nous nous sommes détournés de bien des points qui mériteraient des recherches et des travaux distincts. Nous avons laissé de côté l'anatomie pathologique, la physiologie, la pathogénie, l'ethnologie, presque toute la partie sociale et médico-légale de la toxicomanie, ainsi que les problèmes de pathologie générale qu'elle pose ; citons entr'autres l'accoutumance, la tolérance, l'immunité, les phénomènes d'accumulation toxique dans les organes, phénomènes qui se traduisent par des décharges tardives ; et cet état de besoin si spécial et si intense que les organes refusent le service lorsqu'ils sont privés du poison qui leur est physiquement et moralement aussi nécessaire que l'air, et beaucoup plus que l'alimentation qu'il détrône facilement.

Enfin il serait intéressant d'étudier d'hérédité des toxicomanes ; le nouveau-né d'une morphinomane manifeste un état de besoin se traduisant par de l'insomnie et des cris continuels, tous signes immédiatement calmés par une dose minime d'opium. Celui-ci est cependant mal toléré par les enfants. Malgré cela l'opiumisme infantile existe, en particulier sous forme d'intoxication familiale. L'alcoolisme infantile existe encore bien plus ; combien de mères, de nourrices mettent dans le biberon quelques gouttes d'alcool pour calmer le nourrisson, lui préparant ainsi un sombre avenir ! Nous avons

vu récemment un cas d'alcoolisme infantile plus tardif (obs. XLII). Arriverait-on à créer une hérédité toxicomaniaque ? Autant de sujets qui demandent à être creusés.

Souhaitons que l'intérêt général se porte vers la question si importante des toxicomanies ; il y a là un beau champ d'activité pour l'intelligence, les connaissances médicales, l'activité, le dévouement — et surtout pour le bon sens et le caractère, qualités passées de mode, mais qui conditionnent la fécondité de toutes les autres.

CONCLUSIONS

1° Les toxicomanes, dans la proportion de 80 à 90 %, sont, avant d'être des intoxiqués, des psychopathes.

2° Les psychopathies les plus fréquemment rencontrées chez les toxicomanes sont les psychoses fonctionnelles, 9 fois sur 10 les psychoses périodiques, autrement dit les psychoses maniaques dépressives, de formule plus ou moins atténuée. Les psychoses organiques tiennent une place infime.

3° On retrouve toujours, quand on les cherche, soit dans les antécédents, soit dans le tableau clinique, les signes de la psychonévrose.

4° L'opium, quoiqu'on ait dit, est le toxique le moins dangereux pour l'individu comme pour la société.

5° Le traitement doit assurer non seulement le sevrage et la désintoxication, mais aussi la cure de la psychonévrose. L'isolement absolu du milieu extérieur est la condition indispensable du succès.

6° Le traitement de l'alcoolisme sous toutes ses formes peut et doit être tenté ; il ne peut réussir que dans l'isolement.

7° Le premier terme de l'hygiène mentale est la lutte à outrance contre toutes les intoxications, en particulier contre l'alcool, son producteur, et son vendeur.

8° Les experts et les tribunaux doivent considérer la toxicomanie comme une cause aggravante de la responsabilité, et non pas comme une cause atténuante.

En France les établissements spéciaux devraient pouvoir

recevoir et garder le temps nécessaire les toxicomanes qui y entreraient et ne sortiraient sur décision du juge après avis médical.

En résumé : il y a nécessité urgente à la lutte contre l'intoxiqué, contre le distillateur, le cabaret, le trafiquant d'opium et de cocaïne et ses associés : la santé physique et morale du pays en est l'enjeu. Enfin, il y a aussi nécessité urgente à inscrire les barbituriques au tableau B, et à n'en permettre la vente que sur ordonnance médicale.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY

VU : *Le Président de Thèse,*
BAUDOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BALL. — *La morphinomanie*, Lefrançois, 1888.
- BARRÈS. — *Une enquête au pays du Levant*, Plon.
- BAUDELAIRE. — *Les Paradis artificiels*.
— *Les Fleurs du Mal*.
- BOUILLET. — *Dictionnaire d'histoire et de géographie*.
- BOUTHOUL (M^{me}). — *Le Grand Maître des Assassins*, Colin, 1936.
- BROCK. — *Greek Medecine*, Dent and Sons, London.
- BROUARDEL. — *Opium, morphine, cocaïne*, Baillière 1906.
- BUVAT (J.-B.) et VILLEY-DESMESERETS (G.). — Quelques réflexions cliniques à propos de la phlycténothérapie dans le traitement des maladies mentales (*Gazette des Hôpitaux*, 18 décembre 1929).
- BUVAT (J.-B.) et VILLEY (G.). — Considérations cliniques et médico-légales à propos de quelques cas de perversions instinctives dans les psychonévroses. (*Gazette des Hôpitaux*, 8 mars 1933.)
- BUVAT (J.-F.). — Réflexions sur les toxicomanes (*Gazette des Hôpitaux*, 8 mars 1933).
- CHAMBARD. — *Les morphinomanes*, Rueff.
- Travaux du professeur CLAUDE.
- COMAR. — *Morphinomanie*. Traitement par la méthode du sevrage rapide. Carré et Naud, 1899.
- COMAR et BUVAT (J.-B.). — Les toxicomanies : à propos d'un cas d'héroïnomanie (*Gazette des Hôpitaux*, 6 juillet 1904).
- COURTOIS-SUFFIT et GIROUX. — *La cocaïne*, Masson, 1919.
- DUPOUY. — *Les opiomanes*, Alcan.
- DUPRÉ et LOGRE. — *Nouveau traité de Médecine*, Masson, 1927.
- FARRÈRE. — *Fumées d'opium*.
— *Les Civilisés*.
— *Les petites alliées*.
- FRANKLIN. — *La vie privée d'autrefois*, Les médecins, Plon, 1892.
- GHELERTER. — *Les toxicomanies* (étude médico-sociale). Thèse de Paris 1929.
- GUILLAIN. — *Intoxication par la cocaïne*.
- GUIMBAIL. — *Les morphinomanes*, Baillière 1891.

- HÉRODOTE. — *Histoire*, Charpentier.
- HOMÈRE. — *L'Iliade*, Traduction Leconte de Lisle, Lemerre.
- HUC (P.). — *Dans la Chine*, Plon.
- JENNING. — *Morphinisme et morphinomanie*, Vigot 1910.
- LEGRAIN. — *Alcoolisme. Les poisons de l'intelligence* (In : *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Sergent-Ribadeau-Dumas-Babonneix, Maloine, 1922).
- LEWIN. — *Les paradis artificiels*, Traduction Gidon, Payot.
- LHERMITTE. — L'évolution de la neurologie, ses perspectives d'avenir (*Gazette des Hôpitaux*, 15 février 1936).
- LITTRÉ. — *Dictionnaire de la langue française*, Hachette 1881.
- LOGRE. — *Toxicomanies*, Stock.
- LOTI. — *Vers Ispahan*.
- MAGNAN. — *De l'alcoolisme. Les diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, Delahaye, 1874.
- MASPERO. — *Histoire ancienne des peuples de l'Orient*.
- MEUNIER. — *Histoire de la médecine*, Lefrançois, 1924.
- DE MONFREID. — *La croisière de hachich*, Grasset.
- MORAT. — *Le sang et les sécrétions au cours de la morphinomanie et de la désintoxication*, Thèse de Paris, 1911.
- MOREAU DE TOURS. — *Du haschisch et de l'aliénation mentale*.
- PICHON. — *Les morphinomanes*, Paris, 1890.
- PORAK. — *Les stupéfiants*, Doin, 1927.
- DE QUINCEY. — *Confessions of an english opium-eater*, Collins, London.
- RICHET. — *L'homme et l'intelligence*.
— *Les poisons de l'intelligence*.
- RODIET et QUERON. — *Débilité mentale, déséquilibre mental et hérédité* (*Gazette des Hôpitaux*, 11 mars 1936).
- SAPELIER et DROMARD. — *L'alcoolomanie*.
- SOLLIER. — Héroïne et héroïnomanie (*Presse médicale*, 4 novembre 1903).
— La démorphinisation (*Presse médicale*, 23 avril et 6 juillet 1898).
- TAILHADE. — *La noire idole*, Messein, 1907.
- VIRGILE. — *L'Énéide*.
— *Les Géorgiques*.

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Etude historique.....	4
Etude clinique.....	14
Le terrain psychique.....	14
Les diverses intoxications.....	21
Opium	21
Morphine	22
Héroïne	26
Autres spiacés.....	27
Cocaïne	27
Ether	31
Chloral	32
Haschisch	33
Barbituriques	34
Tabac	34
Alcool	36
Polyintoxications	37
Observations	41
Morphinomanie I à X.....	41-54
Morphinomanie terminée par la mort en maison de santé. XI à XV.....	54-58
Morphinomanie chez des sujets porteurs d'une maladie phy- sique, XVI à XIX.....	60-63
Morphinomanie à faible dose parfaitement supportée. XX....	63
Morphinisme guéri. XXI à XXIX.....	64-76
Autres intoxications opiacées.....	78
Héroïne XXX à XXXII.....	78-81
Laudanum XXXIII.....	82
Eucodal XXXIV et XXXV	83-84
Sédol XXXVI.....	85
Cocaïnomanie XXXVII.....	86
Alcoolisme XXXVIII à XLII.....	90-94
Polytoxicomanies XLIII à LVIII.....	96-124

Diagnostic	126
Pronostic	129
Traitement	130
Considérations médico-sociales.....	156
Conclusions	165
Bibliographie.....	169

Saint-Amand (Cher), France. — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 10-6-1936.
